

79
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 novembre 1900, à 1 heure

PAR

Paul PERROSSIER

Ex-Interne des Hôpitaux d'Orléans

LA PROCIDENCE ET LE PROCUBITUS

DU CORDON OMBILICAL

A la Clinique Baudelocque du 10 mai 1893 au 1^{er} janvier 1900

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, Professeur.
GAUCHER, Agrégé.
VARNIER, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 novembre 1900, à 1 heure

PAR

Paul PERROSSIER

Ex-Interne des Hôpitaux d'Orléans

LA PROCIDENCE ET LE PROCUBITUS

DU CORDON OMBILICAL

A la Clinique Baudelocque du 10 mai 1893 au 1^{er} janvier 1900

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : MM.

{ FOURNIER, Professeur.

{ GAUCHER, Agrégé.

{ VARNIER, Agrégé.

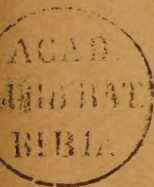
Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeur-honoraire	M. POTAIN.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	N.....
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	DEBOVE.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique ophtalmologique	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires	PANAS.
Clinique d'accouchement	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRL.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES CHERS PARENTS

A MES MAÎTRES :

MONSIEUR LE DOCTEUR BEAURIEUX

Médecin des hôpitaux d'Orléans

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT ROBIN

Professeur agrégé de la Faculté

Médecin des Hôpitaux de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Professeur agrégé de la Faculté

Accoucheur des hôpitaux de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Nous avons entrepris ce travail sur le conseil de notre excellent maître, M. le docteur Lepage.

La procidence du cordon a été traitée magistralement par M. le professeur Pinard au point de vue de l'étiologie et du traitement.

Ses leçons ont été publiées par M. Varnier dans la Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance (Paris 1890) et par Mme Boyer (Thèse de Paris 1892) pour ce qui regarde l'intervention.

M. Gibory (Thèse de Paris 1893) a fait l'étude au point de vue statistique de la procidence et du procubitus du cordon à la clinique Baudelocque depuis sa fondation, 6 juillet 1889, jusqu'au 10 mai 1893. — Il nous a paru intéressant de reprendre et continuer la question à la même clinique et au même point de vue. Nous passerons volontairement sous silence tout ce qui a trait au diagnostic soit de la procidence, soit du procubitus, nous n'aurions en effet rien de nouveau à dire à ce propos. Pour le même motif nous ne nous étendrons pas sur le traitement, nous ne ferons que l'indiquer rapidement.

Nous prions notre cher maître M. le docteur Lepage

de vouloir bien agréer l'expression de toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour les conseils et les encouragements qu'il nous a prodigués au cours de ce travail.

Que M. le professeur Pinard veuille bien aussi recevoir nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse, après nous avoir autorisé à en recueillir les observations dans son service.

Il nous reste en terminant nos études médicales un devoir à remplir, c'est de remercier les maîtres éminents à qui nous devons notre instruction.

Nous leur en exprimons toute notre gratitude, en particulier à M. le docteur Beaurieux, médecin des hôpitaux d'Orléans, M. le docteur Albert Robin, médecin des hôpitaux de Paris, et M. le docteur Lepage, accoucheur des hôpitaux de Paris.

Nous devons à l'obligeance de Mlle Roze, sage-femme en chef de la clinique Baudelocque, d'avoir pu consulter toutes les observations du service, nous tenons à lui en témoigner toute notre reconnaissance.

Notions préliminaires et division du sujet

« *La procidence du cordon* est caractérisée par la descente d'une anse du cordon en avant ou sur les côtés de la partie fœtale qui se présente. » (Ribemont-Dessaignes et Lepage, Précis d'obstétrique).

Cette définition est générale et comprend procidence et procubitus.

Nous dirons qu'il y a procidence lorsque la descente de l'anse du cordon se fait au-dessous de la présentation, lorsqu'elle la précède, et qu'il y a procubitus quand l'anse du cordon se trouve sur les côtés de la partie fœtale qui se présente, lorsqu'elle l'accompagne.

Nous diviserons notre sujet en deux parties principales : dans la première nous traiterons de la procidence, dans la seconde du procubitus ; pour la clarté de l'exposition et pour ne pas être obligé de publier tout au long les 123 observations qui font la base de notre travail, nous les avons résumées en tableaux et nous n'imprimerons en entier que celles qui se rapporteront particulièrement aux divers points que nous allons avoir à traiter.

TABLEAU A. — Primipares (Procidence du Cordon)

N° d'ordre	PRÉSENT. et position	DURÉE		Etat de l'enfant	Poids	Memb.	Cordon	OBSERVATIONS
		totale du trav.	période d'exp.					

1893								
941	OIGA	8 h. 30	3'	M	3.050	?	46	A la dilat. compl. on rompt artif. les membr., le cordon fait saillie hors la vulve et les batt. cess. On term. rap. l'acc. par forceps. enfant mort. Bassin norm.
1142	OIGA	14 h. 25	2 h.	V	2.710	28 : 4	52	Tête au détr. sup. et dilat. compl. dep. 12 h. Rupt. artif. des membr., procid. du cord., rétropuls. manuelle. Les bruits du cœur, d'abord modif. redev. normaux, expuls. spont. 2 h. 25 après. Bassin vicié, PSP, 9.2. Faux promontoire.

1894								
1592	OIDT	22 h.	4 h.	M	3.850 sans S. C.	?	?	Entre avec dilat. 1 fr. 13 h. après, dilat. compl., bruits du cœur nuls. La femme n'a pas senti remuer dep. 1 jour. Rupt. spont. et temp. des membr., procid. cord. saillie à la vulve. Pas de batt., basioptrisie. Suites de couches norm.. Bassin signalé vicié. Pas de mensuration.
1644	OIGT	4 h. 50	35'	V	3.300	Déch.	69	Entre avec dilat. 5 fr., tête élev., enf. viv. Au toucher, procid. volum., rétropuls. et rupt. artif. des membr. Liq. vert et épais. Les batt. qui étaient tombés à 100, remontent. Expuls. spont. fœtus bon état. Bassin vicié. PSP = 10.5
1673	SIGT Vers. man. ext. OIGT	23 h.	20'	V	3.730	Déch.	74	Entre 36 jours avant acc. Présent. siège, version faite par manœuvre ext., trans. en sommet. Au début du trav. procid. du cord., réduct. et ballon.; le ballon se rompt. liq. vert. Les batt. dev. très irrégul.. On term. par vers. par man. int. Bassin PSP = 11.

1895								
187	?	?	?	M et mac.	2.200	22 : 19	?	Apport. à la Clin. le cord. et un bras pendant à la vulve. Avait été prise, 8 j. avant de doul. abd. et hémorr., puis a cessé de sentir remuer : les doul. repren.; elle exp. d'abord le tronc, puis le siège, puis la tête d'un fœtus mort et macéré. Liq. rouge. Bassin ?
736	SIDT	7 h.	5'	V	3.400	38 : 15	69	Cloison vagin. 2 cols. A dilat. compl. on constate procid. du cord. dans vagin dr. extract. rap. Bassin norm. Et. de mort app. Insufflé. Ranimé rapid.
1950	OIGP	13 h.	40'	V	3.250	?	66	La dilat. étant compl., on rompt les membr., procid. d'une anse du cord. Batt. à 100. On la réduit avec 2 doigts. Batt. dev. norm. Bassin norm.

656	OIGA	?	50'	M	3.480	27 : 8	54	Entre avec dilat. 5 fr. Les membr. se romp. imméd., liq. vert., procid. cord., rétropuls. man. faibles batt., inspir. prém., exp. spont. du fœt. mort dep. 1 h. Bassin vicié, angle accessible
804	OIDP	6 h. 15	35'	V	2.500	29 : 8	68	A dilat. compl., les membr. se romp. spont., procid. cord. issue hors la vulve. Réduet. forceps en dr. P. Bassin norm.
934	Ep.dr. dorso-ant.	15 h.	?	M	?	?	90	Jusqu'à dilat. comme paume de la main. Trav. norm. puis inspir. prémat. du fœtus, arrêt des bruits du cœur. A dilat. compl., rupt. artif. des membr., liq. vert purée et procid. cord., qui vient à la vulve. On const. présent. épaule. Embryotomie cervic. Extract. Bassin norm. Suites de couches norm.
947	SIGT	10 h.	6 h.	V	2.670	?	44	A dilat. compl. membr. intact., procid. cord. batt. norm., rupt. artif. Extract. Mauriceau. Né étonné, ranimé. Bassin norm. 4 j. après acc., expuls. lambeau membr. fétide. T° 38,5, inject. intra-ut. serum Marmoreck. le 5 ^e j. curetage, T° norm. le 12 ^e j.
1803	OIGA	4 h.	1 h.	M	3.060	?	82	Rupt. spont. à dilat. compl., une ause cord. appar. à la vulve au moins 40 cm., faibles batt., tête fixée en G, essai de réduct. difficile. On n'entend plus les bruits du cœur. Vers. impos. On laisse acc. se term. seul. Enfant mort. Bassin norm. Suites couches norm.
2082	SIGT	6 h.	?	V	2.480	19 : 10	55	Arrive avec membr. romp., procid. cord. faisant saillie hors de la vulve de 20 cm. Essai infruct. de rétropuls., extract. Mauriceau. Malfom. utér. Sillon méd. sur le fond. à peu près au niveau de la ligne méd. Auc. cloison intér.
125	SIDT	12 h.	1 h.	M	2.750	22 : 11	65	Siège complet, membr. romp., dilat 2 fr., procid. cord., encore qq. batt. Plus. essais infruct. de rétropuls. 20' après, plus de batt. On juge toute interv. inutile, on laisse l'acc. se term. spont. Bassin norm.
1334	OIGP OIDT	12 h.	3 h. 5 35'	V V	3.200 2.540	?	53 61	1 ^{er} fœtus, rien. 2 ^e membr. intact., procid. cordon, rétropuls. et rupt. artif. des membr. La tête s'engage et l'acc. se termine spont. Bassin norm.
2038	OIGT	21 h. 30	40'	M	3.300	?	55	Dilat. compl. membr. intact., procid. cord., rupt. artif., version man. interne. Enfant mort app. qq. inspir. Ne peut être compl. ranimé.
557	SIG	20 h.	5'	M	1.780 Plac. 450	28 : 4	43	Arrive avec siège décompl. m. des fesses à la vulve. Cord. procid. sans batt. Ausc. nég., membr. rompues depuis 6 jours extr. Bassin ?
694	O	?	?	M	1.180	?	?	Rupt. spont. prémat. des membr. en ville pendant que la malade urinait, procid. du cord. hors la vulve. A son arrivée col serré autour de cordon, pas de batt., ausc. nég., fœtus mobile. Dilat. station., pas de doult., dilat. artif. man. du col. Craniotomie. Bassin norm.
1731	OIGA	11 h.	10'	V	3.040	32 : 7	55	A dilat. comme paume de la main, rupt. spont. des membr., procid. du cord. appl. forceps. Extract. enf. vivant. Bassin norm
2489	OIGA	32 h.	15'	M	3.130	29 : 7	78	Entre à la Clinique. Ne sent plus remuer depuis 45 h. Auscult. nég. A dilat., compl. rup artif. des membr., le cord. est engagé en avant de la tête. Expuls. spont., fœtus à peine macéré. Bassin norm.

TABLEAU B. — Multipares (Procidence du Cordon ombilical)

Ordre N°	Partie	GROSS. ET ACC. ANTÉR.	PRÉSENT. et position	DURÉE		État	Poids	Membr.	Cordon	OBSERVATIONS
				Travail	Expuls.					

1893										
945	2	À août 1892. Sp t. O., f. v.	OIGA	18 h. 30		V	2.780	39 : 7	56	Au cours du trav. tête engag. on const. procid. du cord. rupt. artif. des memb. extract. forceps. enf. pas encore souffert malgré procid. bruit du cœur rest. normaux. Bass. norm.
1114	2	Prém. 8 m. O. G. 2000, m. 13 m. rougeole.	OIDT	43 h.	5'	V	2.800	28 : 40	65	A son entr. poche des eaux hors vulve. liq. vert et ép. cordon batt. on rompt. la fem. pousse. enfant état de mort app. insuff. 1 ^{er} cri 12 h. après naiss. Bass. norm.
1312	3	1. T., forc., g. v. Sein mère. 2. Sp., t., g. m. 3 m., entérite. Nourr.	OIGT	1 h. 30	20'	V	3.010	40 : 5	55	Entre parce qu'elle a perdu les eaux. Grossesse à 8 m. et demi, col perm. Le soir frisson et 38°. Au touch. col dilat. et anse du cord. entre tête et membr. non distend. batt. très nets, réduit. fac. bruits du cœur norm. expuls. spont. et norm. d'un enf. viv. Bass. norm.
1538	2	92 Avort. de 2 m.	SIDT	49 h.	45'	V	3.050	35 : 4	55	Entre av. dil. de 2 fr. Siég. compl. on att. les pieds très haut dans l'orif. memb. intact. On sent nett. cord. pour cela on ne rompt qu'à dil. compl. La fem. pousse imméd. on ne peut réduire la procid. extr. rap. du fœtus, diff. pour ext. la tête par man. Mauriceau, ressaut marq. au mom. du passage. Bass. retr. PSP = 10,5, face ant. sacr. acc.
1599	3	À août 90. T., f. m. à 3 m., méning. Juin 92. Hydram., procid. cord. Sp. O., g. v.	OIGT	26 h. 30	30'	V	4.080	34 : 11	60	Bass. vicié PSP = 10 A une dil. 1 fr. dans poche eaux vol. paq. de cord. et une main. Rétropuls. du cord. et de la main à trav. les memb. Rupt. artif. on laisse écoull. lent. le liq. ann. qui est vert. la tête se fixe, batt. norm. Acc. se term. spont.

1894										
203	2	Gross. gémi., sp. à 8 m., 2 S., f. v. g. m. à 8 j. Tous 2 nour. au bib.	SIDT	6 h.	5'	V	3.440	Déchir	61	A dil. 1 fr. on essaye version par man. ext. infruct. Apr. 3 h. de tr. on const. procid. cord. membr. intact. rétrop. fac. mais redesc. aussitôt, bruits du cœur rest. bons. A dil. compl. poche des eaux saillie hors vulve et se rompt spont. l'anse prolabée sort sans batt. extr. rap. du fœt. naît étonné mais resp. presq. aussitôt la fem. a march. à 2 ans, mais bass. norm.

373	2	1. Gross. à 30 a., t. forc., g. m. à 20 m.	OIGT	5 h.	10'	M	2,650	Déchir	58	Entre à la salle de trav. ay. perd. les eaux. On const. procid. cord. à la vulve av. batt. Rétropuls. dans posit. génu-pectoral. Ballon Champetier. A l'expuls. du ballon. dilat. compl. le cord. redesc. Appl. forceps. Enf. état de mort app. non ranimé. A la paroi ant. de l'utérus volum. fibromé. Bass. norm.
717	3	1. Sp. O., t., f. v. Sein mère. 2. — g. m. à 20 j., ménin. Sein mère.	OIGT	9 h.	5'	V	2,500	22 : 40	53	A la rupt. des membr. liq. vert. Au toucher on const. procid. cord. et un pied. On rétrop. le cord. et on l'enroule aut. du pied, batt. norm. mais faibl. au bout de 4 h., on trouve encore le cord. dans vag. on le remonte et on abais. pied procid. A dil. compl. extr. fac. d'un enf. étounné mais ranimé Mauriceau. Bass. norm.
768	3	1. A 20 a., sp. t., g., nourrice, m. à 20 m. ? 2. A 26 a., sp. t., f., nourrice, m. à 8 j. ?	OIGT	8 h.	5'	V	3,660	36 : 40	89	A dil. compl. rupt. artif des membr. liq. vert et anse du cord. hors vulve, essais infruct. de rétrop. Vers. fac. man. Mauriceau. Enf. naît étounné mais ranimé après 3'. Bass. norm.
778	3	En 89 et 91. Nor. t. O. Enf. v.	Ep. D.	8 h.	5'	V	4,070	34 : 4	63	Présent. ép. dr. procid. cord. et une main, on rétrop. on fixe la tête au détr. sup. on rompt les membr. les contract. dev. fréq. expuls. spont. Enf. vivant.
854	2	1. A 30 a., spt t. O., g. v. Sein mère.	OIGT	?	?	M				Hémorr. dép. le 7 ^e mois. rupt. artif. des membr. à dil. incompl. procid. cord. réduction, ball. Champetier, placenta desc. av. ball. Vers. par man. int. gêné par placenta en partie décollé et par cord. Enf. fait inspir. On term. par man. de Mauriceau asphyx. blanche cœur bat faib. ne peut être ranimé.
873	6	1. A 25 a. G., nourrice, m. à 4 a., ménin. 2. A 30 a., g. v., sein. 3. A 32 a., g. v., sein. 4. A 34 a., f. v., sein. 5. A 36 a., g., sein, m. à 49 m.	OIGT	1 h. 40	4'	M	3,750	64 : 0	71	Hydranmios, hémorr. avant le trav. M ^{lle} Roze. rompt. memb. procid. d'une main et cordon. hémorr. contin. On amène un pied à la vulve pour compr. placenta décollé. hémorr. cesse mais batt. du cœur lents (72 ^e) pouls de la fem. filiforme, extract. rap. Mauriceau Enf. en syncop. ne peut être ranimé. Bass. norm.
1281	3	1880. Sp., g. v. 92. T. forc., f. v., père dif.	OIGT	?	?	M	3,870	27 : 4	?	Bass. canaliculé PSP = 9,7 tentative d'appl. de forceps en ville. A la clinique on constate procid. cord. et fract. du crâne au niv. du promont. très saill. Basiotripstie. Suites de couches norm.
1454	2	1893. Mort-né à t.	OIGT	6 h. 30	10'	fab.	1,290	20 : 0	32	A son entr. membr. romp. dep. la veille, dil. 2 fr. Cord. en gr. part. dans vag. pas de contract. retropuls. trav. s'établ. expuls. 2 h. après.

TABLEAU B (suite)

N ^o d'ordre	Partie	GROSS. ET ACC. ANTÉR.	PRÉSENT. et position	DURÉE		État	Poids	Membr.	Cordon	OBSERVATIONS
				Travail	Expuls.					
1894										
1665	7	1. T., f. v. 2. F. m. 44 m., poutm. 3. F. m. 3 m., hydrocéph. 4. G. t. v. 5. F. m. 6 sem., entérinée. 6. Fausse-couche 6 m. Nourris sein, même père.	OIDT	13 h.	4 h.	V	4. 100	3 f : 0	80	A son entr. col. dilat. membr. romp. au-dessus orif. mais encore poché des eaux ; procid. cord. réduct. rupt. de poche descendue du cordon et une main, nouv. réduct. et ballon, batt. bons fem. en syncope, boiss. alcool, on retire ball. nouv. procid. acc. term. par vers. diff. pour pass. épaul. par déflex. des bras. Man. Mauricau Enf. étonné resp. apr. 5'. Bass. norm.
1895										
195	5	1884. Nor., f. m. à 10 a. 88. G. t. m. à 15 j., croup/même 90. F. 7 m., sp., m. à 6 m., père nourrice. 94. F. t., sp., m. 1/2 h., père gr. foie. Gross. act.	OIDT	30 h.	15'	V	2. 170	26 : 0	30	Dep. 3 j. dans le service toussé dep. 1 mois, dyspnée, album. rég. lact. la veille de l'acc. dyspnée intense, on rompt les membr. gr. quant. de liq. on rec. 2,500 gr. procid. du cord. et une main, réduc. diff. on enf. à peine les bruits du cœur, on les compte alors toutes les 5 min. C'est le 2 févr. à 3 h. 10 soir ; le 3, à 8 h. 15 matin, le cœur s'accél. et à 8 h. 35 on compte 175. On place le ballon Champ. à 8 h. soir on extr. par vers. une fille du poids de 2470 gr. av. ascite consid. cor. abdom. 31 cm. poids du placenta 60 gr. On soumet l'enf. au f. spécifique, malgré cela meurt après 4 j. Bass. ?
1203	2	1892. Sp. t. O., f. v.	Ep. g. dos en ar.	10 h.	20'	V	2. 920	24 : 4	54	Rupt. artif. des membr. a dil. comp. on trouve dans poche le cord. une main et un pied (pied dr. ant.) on extr. le fœt. par vers. en tirant sur le pied procid. liq. verd. enf. étonné vite ramimé. fract. de l'humérus du côté de la main procid. Bass. PSP = 10,5.
1683	6	1886. Sp. O. g. m. 88. Sp. S., f. v. 89. Sp. S., f. v. 92. Sp. S., f. m.	OIDP	44 h.	30'	V couv.	1. 420	?	45	Rupt. prémât. des membr. au 6 ^e mois, présente épaule, vers. par man. ext. acc. prémât. à 7 mois en présent. sommet. A dilat. 1 fr. procid. cordon bruits du cœur très lents, réduct. manuel. les bruits du cœur repren. leur fréq. Acc. spont. Bass. norm.

TABLEAU 3 (suite)

N ^o d'ordre	Partie	GROSS. ET ACC. ANTÉR.	PRÉSENT. et position	DURÉE		État	Poids	Membr.	Cordon	OBSERVATIONS
				Travail	Expuls.					

1896										
2206	9	1. T. forc., g. v. 2. Sp. t., g. v. 3. — g. v. 4. — f. v. 5. Sp. t., f. v. 6. prém. 7 m., 2 g. m. 7. prém. 7 m. 1/2 S., g. m. 8. 8 m. 1/2 S., g. v.	OIDT	?	30'	V	3. 210	36 : 7	87	Entr. av. dil. 5 fr. membr. intact. procid. cord. bruits du cœur norm., puis se modif. on rompt. membr. on essaye version, la tête vient se fixer. On rétropuls. cordon et on laisse l'acc. se term. spont. Bass. angle diff. acces.

1897										
26	6	3 1 ^{ers} Sp. S., enf. v. 4*, 2 juin, m. à 5 m. 5*, Sp. S., f. v.	Ep. d. 19 h. 10' dos ant.	?	?	V couv.	3. 090	Déch.	64	Entre av. membr. romp. dep. 8 h. vers. tentée en ville, main à la vulve, cord. dans vagin. Chloroforme, vers. resp. prémat. du fœt. Mort app. ranimé. Bass. norm.
328	4	1888. Sp. t. S., g. v., sein. 93. — f. v., sein. 95. Sp. t. S., g. m. à 6 m., bib.	MIGT	?	?	V	2. 500	20 : 7	48	Entre av. col. incompl. effacé cord. procid. av. batt. forts et rég. membr. romp. dep. premières doul. ballon gros modèle, doul. fréq. ball. expuls. ap. 5 h., dil. compl. vers. par man. int. diff. Enf. bon état. Bass. PSP = 41.
525	4	2 enf. v., le 3 ^e m. à 6 m., entér.	OIGT	9 h.	2 h.	M	3. 300	38 : 9	63	Entre en trav. tête en bas mais mobile membr. intact. dilat. 2 fr. poche des eaux vol. procid. cord. batt. faib. et irr. dil. compl. après 20' rupt. art. vers. Au moment de l'extr. de la tête l'orif. utér. se resserre, extr. impos. basiotripsie. Suites. couch. norm. Bass. norm. Inject. intr. utér. prolong.
689	3	1889. Sp. t. S., g. v. 91. — f. m. à 43 m.	SID OID	5 h.	40'	M V	4. 950 2. 110	?	67 60	Entr. avec poche des eaux romp. et procid. dil. 5 fr. pas de batt. prés. siège compl. Expuls. spont. enf. mort. 2 ^{es} fœt. sommel. expuls. spont. viv. Bass. norm. Suites couches norm.
4528	3	4895. Sp. t. S., f. v. 96. — g. v.	OIDP	30 h.	40'	V	3. 370	30 : 40	54	Entre av. dilat. 2 fr. membr. romp. trav. dep. 28 h. cord. et av. bras en av. à g. rétropuls. avec une main et avec l'autre fixat. de la tête en attend. contr. 4 h. 1/4 apr. exp. enf. en bon état.

1630	2	1893.	Sp. t. S, f. m. à 3 m. ?	Siège épaule	9 h.	1 h. 10'	V	2.600 2.500	?	?	48 52	Gros. double. Rupt. art. de la 1 ^{re} poche à dilat. compl. bruits du cœur précipit. extract. rap. fœt viv. siège. Le 2 ^{me} présent. épaule av. procid. cord. rupt. artif. vers. enf. viv. un seul placenta. 2 poches séparées par cloison méd. formée de 2 amnios et 2 chori- ons Bass. norm.
1664	5	1891. Sp. t. S', g. mort-né. 92. f. v. 93. Sp. t. S, g. v. 95. Avort. 2 m.		OIGA	16 h.	15'	M	2.230	27 : 7	62	Entr. av. dil. 5 fr. membr. intact. procid. un pied, une main et cord. av. qqs batt. faib. tête très élevée, réduct. essayée, la tête ne desc. pas, rupt. art. des membr. liq. vert et ép. bruits du cœur non perçus. 4 heures 1/2 ap. dil. compl. et 1/4 d'h. apr. expuls. spont. enf. mort Bass. norm.	
1676	2	1893. T. S. forc., g. mort-né.		OIGA	6 h. 30'	30'	V	3.510	?	67	Bass. rétréc. pas de mensur. Memb. romp. dep. 2 h. tête mobile au détr. sup. Cord. dans vag. col non compl. effacé promont. acces. réduct. bruits du cœur norm. la tête s'eng., expuls. sp. 6 h. apr. A son arriv. col dilat. membr. intact. tête mobile procid. cord rétrop. tête maint. au détr. sup. bruits du cœur bons. contract. rares à dil. paume de main rupt. artif. des membr. la tête s'eng. on ne sent plus le cord. liq. vert. dilat. rapid. compl. expuls. spont. 4/2 h. ap. rupt. des membr.	
2007	13	14 sp. O t., 1 avort., 3 viv. act.		OIGT	?	5'	V	3.300	29 : 41	73	Entre dans salle de trav. av. dil. 1 fr. membr. intact. tête dans fosse iliaque dr. vers. par man. ext. tête ram. au niv. du détr. sup. ceinture entoclique, 3 h. apr. dil. compl. membr. romp. spont. liq. vert. procid. main cord. pied version. Enfant étonné ranimé fac.	
2084	3	1885. Sp. t. S, g. m. à 9 m., rouge. 91 — 5 a. 1/2, rouge.		OIGT	6 h.	?	V	2.830	30 : 9	45	Entre av. dil. paume de main membr. intact. volum. poche des eaux et cord procid. batt. en arr. età g. rétrop infruct., membr. se romp. rétrop. liq. norm, bruits du cœur bons. acc. spont. enf. viv. Bass. norm.	
2122	9	Tous sp. t. O., 2 viv. act.		OIGT	10 h.	30'	V	3.800	?	66	Entre tête mobile au détr. sup. dil. 1 fr. les membr. se romp. auss. procid. cord. batt., liq. vert., batt. ralent. rétrop. man. la tête se fixe, bruits du cœur redev. bons. Bass. norm.	
2129	2	1895. Sp. t. S., f. v.		OIGT	11 h.	?	V	3.400	33 : 8	58	Tête très élevée, membr. intact. dil. 4 fr. 1/3 ap. rupt. spont. liq. vert. procid. main et cord. rétrop. facile, le trav. redev. norm. Au cours du trav. à dil. 5 fr. on pratique vers. par man. ext. pour transf. la présent. en sommet, 3 h. apr. dil. compl. rupt. artif. des membr. procid. cord. réduct. immédi. bruits du cœur norm. la tête ne desc. pas. On termine par symphyséotomie enf. étonné. ranimé bass. PSP = 40. Symphyse mobile.	
2133	4	1891, 93 et 95. Tous sp. t. S., g. v.		OIGT	?	15'	V	3.600	?	52	Tête se fixe, bruits du cœur redev. bons. Bass. norm.	
2163	3	1889. S. t. forc., f. m. à 23 j. 92. S. t., g. symphys.		SIDT	?	45'	V	3.825	27 : 18	52	Tête se fixe, bruits du cœur redev. bons. Bass. norm.	

TABLEAU B (suite)

N° d'ordre	Partie	GROSS. ET ACC. ANTÉR.	PRÉSENT. et position	DURÉE		État	Poids	Memb.	Lordon	OBSERVATIONS
				Travail	Expuls.					
1897										
2186	5	1884. T. forc., enf. v. 87, 88 et 95. Sp. t., t. 2 morts.	Sing. C. som.	5 h.	?	V V	2.770 2.450	?	47 47	Rupt. spont. de la 1 ^{re} poche à dil. compl. cord. procid. entre jambes du fœt. siège. Extract. rapide. On rompt. 2 ^{me} poche des eaux (sommet) on constate aussi procid. cord. liq. vert. version. 2 enfants. bon état. Bass. norm.
2199	2	1894. Gr. gém. 2 g. m., le 2 ^e 1/4 h. apr. naiss.	SIDT	?	5'	V	2.530	27 : 9	50	A dil. compl. Memb. romp. dep. 5 h. on const. procid. cordon., batt. impère., liq. verd. extract. Mauriceau sans diff. Enf. étouffé ramifié. Bass. norm. Suites couches norm.
1898										
34	10	8 spt. t., 7 enf. viv. et 1 f. couche 2 m. 1/2.	Som.	5 h.	4 h.	M	3.750	?	69	Albuminurie, œdème consid., dil. compl., poche volum., rupt. art. memb., procid. cord., faib. batt., placenta en part. décol., re- trop. et extr. par vers. Enf. av. faib., batt. de cœur, ne peut être ramifié. Bas. norm.
97	4	3 acc. sp. S. t., 1 f. 2 g. viv.	Tête Siège	?	4 h.	V V	2.200 2.920	?	35 38	1 ^o Rupt. prem. des membr., procid. main et bras g. rétrop. Acc. spont. som.; 2 ^o Procid. cord. et un pied. Rupt. art. des membr. à dil. compl., présent siège fibrome. Rétrop. nouv. procid. bruits du cœur sourds. Extract. enf. viv. Bass. norm.
191	5	4. Sp., f. m. 2. F., embryotomie 3 et 4. Sp t. S., f. v.	OIGT	28 h.	?	M	3.500	29 : 15	65	3 tent. de forceps en ville, tête défléchie, procid. cord., pas de batt., basiotripsie. Bass. PSP = 10,4.
200	2	Avort. 2 m.	OIGT	?	30'	V	3.900	32 : 10	54	Memb. romp., dil. 5 fr., procid. cord. et main d', liq. verd., bruits du cœur irrég. rétrop., la tête se fixe, bruits du cœur, redev. norm., acc. spont., enf. viv. Bass. norm. hydramn.
909	3	2 acc. sp. t. S., g. v.	S	?	?	M	2.660			Memb. romp. dep. plus de 48 h. et procid. cord., pas de batt., od. fétide, utér. tétanisé. Essai ballon imposs., amput. Porro.

1033	2	Sp. t. S., g. v.	SIGT	3 h.	M	3.400	39 : 44	66	Memb. romp., dil. paume de main. Siège. Cord. dans vag., batt., réduct. infruct., bruits du cœur faibles., extract. enf. mort.
1229	3	1. Sp. t. S., g. v. 2. Sp. t. S., f. m. à 2 m.	SIG	24 h.	M	3.450	28 : 9	60	Siège compl., dil. 5 fr., poche des eaux flasque se rompt spont., cord. procid., entre jamb. du fœt. non compr. batt. bons. A dil. compl., br. du cœur irrég., extr. rapide. Enf. mort app. ran. apr., 1/2 h., couveuse, mort le même j. Bass. norm.
1688	2	Sp. t. S., f. v.	OIDP	?	V	2.000	25 : 6	42	Dil. compl., membr. intact, rupt. art., procid. cord., batt. faib. retrop., acc. sp. norm. Bass. norm.
1848	7	Tous sp. t. S. 2 seul. viv. act.	Ep.g.O		M	4.710	?	91	Prés. épaule plus. vers. ext. pend. gros., ceinture. Rupt. spont. membr., 8 h. apr. douleur, salle trav., procid. cord., dil. 5 fr., quelques batt. Réduct. cord. reste réduit, mais plus de bruits du cœur. Acc. spont., enf. mort. Bass. norm.
1895	4	1. Sp. O. t., g. v. 2. Sp. t. T., g. v. 3. Avort. 2 m.	Siège.g. Ep.	?	V V	2.250 2.250	? ?	38 47	1 ^{re} fœt., rien; 2 ^e présent: épaule, procid. cord., poche des eaux intact. On repousse le cord. en ramen. la tête au détr. sup., par man. ext., rupt. art., liq. norm., expuls. spont. Bass. norm.
86	6	1. Sp. t. S., f. m. 1 h. 2. g. m. 3 h. 3. Ep. vers., m. 4. S. t., procid. bras, m. 4 a. 5. S. t., m. 15 m. méning.	OIGT	4 h. 20	V	3.080 plac. 680	29 : 0	95	Pertes hémorr. dep. 8 j., inject. chaudes. A dil. compl., rupt. spont. membr., liq. verd., cord. procid. hors vulve, expuls. fœt. en 2'. Enf. né pâle mais respire de suite. Bass. norm. Gros placenta.
116	2	Prémat., Sp. O., g. m. à 3 a. ?	OIDT	?	V	2.550	24 : 4	58	Cypho-scoliose, dors. sup. à convex. dr. Diam. PSP = 8,6. Memb. romp., dil. 2 fr., procid. cord. vag. cœur, fœt. 76, retrop. man. cœur norm., liq. norm., 2 j. apr. symphis. Enf. viv., forceps.
145	2	Sp. t. S., g. v.	Siège som.	7 h. 15	V	2.570	?	54	4 ^{re} fœt. extr. vers. man. Mauriceau. Aussit. 2 ^e poche se rompt spont.
188	4	1. Sp. t. S., g. v. 2. — 3. — f. v.	OIGT	9 h.	M	3.600	36 : 8	72	procid. cord., une main et 2 pieds, extr. imméd., enf. viv. A dil. 5 fr. tête mob. au-dessus détr. sup., rupt. art. membre, anse procid., pas de batt., liq. verd., retrop. 3 h. apr. expul. spoit. enf. mort.
245	2	S. t., forceps, f. m. 5 j.	SIGT	?	V	3.250	31 : 42	54	Dil. paume de main, membre intact. Siège compl., procid. cord., pas de retrop. pour ne pas rompr. membr. A dil. compl., rupt., art. extr., rap. enf. viv. Bass. PSP = 40,8

TABLEAU B (suite)

N° d'ordre	Parité	GROSS. ET ACC. ANTÉR.	PRÉSENT. et position	DURÉE		État	Poids	Memb.	Cordon	OBSERVATIONS
				Travail	Expuls.					
1898										
271	7	3 1 ^{ers} mort-nés, 4 ^e v., 5 ^e m. 8 h., 6 ^e mort-né.	SIGT	10 h. 20	30'	M	3.500 piac. 670	26 : 40	98	Rupt. sp. prém. des membr. en ville, procid, pied et cord. hors vulve, orif. resserré sur jambe, cord. sans batt. A dil. compl., extr. man. Mauriceau. Enf. mort. Bass. ?
730	2	Provoqué 8 m. 1/2, forc., g. m. à 6 m. bronch.	OIGT	10 h.	3 h.	V	2.880	34 : 48	62	Dil. compl., membr. intact., tête au détr. sup., procid. cord., ré- duct. man., rupt. art. membr., la tête s'engage. Expuls. spont., enf. viv. Bass. PSP = 9,9.
1030	3	1. Sp. t. S., f. v. 2. —	Ep. g.	?	?	M	3.320	26 : 0	67	Rupt. prém. membr., col pas effacé, prés. épaule, vers. ext. en som., ceinture. 3 j. apr. encore épaule dil., 1 fr., procid. cord. et une main, cord. sans batt. mais bruits du cœur, retrop in- fruct. Ballon, expuls. ballon à dil. compl., trav. établi, mais enf. mort. Craniotomie. Bass. norm.
1176	8	Tous sp. à t., 6 O., 1 S., 4 morts, 3 ^e dern. viv.	SIGT	7 h.	3'	M	4.770	?	81	Entre av. membr. romp., dil. compl. S. compl., procid. cord., enc. quelques batt. Expuls. spont., siège et tronc. Abais. bras man. Mauriceau. Enf. mort. Bass. norm.
1899										
1485	4	1. S. t., basiot. 2 et 3. Provoq. à 7 m. 1/2, enf. morts.	OIGT	14 h.	?	V	4.250	?	72	Dilat. 1 fr., membr. intact, procid. cord., reduct. ballon, tête ne progr. pas, symphyséot. Enf. viv., diam. PSP 9.
1501	2	Sp. t. S., f. v.	OIGA	6 h.	40'	V	3.950	27 : 40	62	A dil. paume de main, rupt. spont. membr., liq. norm., procid. cord. au dev. de tête, rétropuls. bruits du cœur bons. Acc. spont. enf. viv. Bass. norm.

1568	2	Sp. t. S., g. v.	OIDT	4 h.	5'	V	3.860	40 : 42	88	Hydrarnnios., liq. 3 l. env. A dil. paume de main, rupt. spont., liq. verd., procid. cord, retrop., tête se fixe, bruits du cœur bons. Expuls. spont. Bass. norm.
1989	6	1. Sp. t. S., g. v. 2. — f. m. à 2 a. 3. — g. v. 4. Sp. t S., f. m. 7 m. 5. Forc., t. S., g. m., 48 m.	Som.			M	3.230	?	67	Rupt. prémat. des membr. A dil. compl., tentative forceps au détr. sup. en ville, la tête ne desc. pas, procid. cord. Entre à ce moment, pas de batt., auscult. nég., tête arrêté. au dét. sup. basiotr. Proumont. acces.
2269	4	Tous 3 sp., t. S., g. v., le dern. m. 16 m. méning.	OIGT		1 h.	V	3.400	?	64	Dil. paume de main, membr. intact, procid. cord., rupt. artif. et retrop., bruits du cœur bons, trav. norm. Acc. spont. enf. viv. Bass. norm.
2422	3	1. Sp. prém., m. 2. —	SIDT	40 h.	40'	V	3.330	37 : 6	54	A 2 fr., rupt. art., procid. cord. retrop., abais. un pied. • A dil. compl., extr. enf. viv. Bass. norm.

PREMIÈRE PARTIE

De la procidence du cordon ombilical.

Fréquence. — La procidence du cordon n'est pas un accident très fréquent. Les différentes statistiques qui en ont été publiées donnent cependant des chiffres assez élevés, mais cela tient à ce qu'elles ont été faites dans des Maternités où les accouchements dystociques sont beaucoup plus fréquents qu'en ville, soit que le nombre de lits étant restreint on les reçoive de préférence aux cas normaux, soit que les femmes ayant eu déjà un accouchement difficile, se sentent plus en sûreté dans un service d'hôpital.

Voici les chiffres des principales statistiques antérieures à la nôtre :

Manzoni, 1 procidence sur 22 accouchements ; Stoltz, 1 sur 53 ; Hubert, (de Louvain) 1 sur 69 ; Tarnier, 1 sur 86 ; Mme Lachapelle ne l'aurait observée qu'une fois sur 592 accouchements. Schuré et Churchill donnent approximativement 1 sur 250. M. Varnier dont la statistique porte sur 3 années de la Maternité de Lariboisière observe 33 procidences sur 6,185 accouchements, soit 1 pour 187.

M. Gibory qui a recherché les procidences à la clinique Baudelocque, du 6 juillet 1889 jusqu'au 10 mai 1893, compte 74 procidences sur 5,509 accouchements soit 1 pour 75 ou 1,34 %.

Notre statistique comprend tous les accouchements de la même clinique à partir du 10 mai 1893 jusqu'au 1^{er} janvier 1900. Nous comptons 14.843 accouchements et 93 procidences, ce qui nous donne un cas sur 159 accouchements ou 0,626 %.

Nous avons relevé toutes les procidences du cordon seul ou accompagné de celles des membres.

INFLUENCE DE LA PARITÉ

Nous avons recherché quel était le degré de fréquence d'après la parité.

Nous avons trouvé sur nos 14.843 accouchements 6.151 primipares et 21 procidences, ce qui nous donne un cas sur 293, ou 0,341 %, et 8.692 multipares avec 72 procidences, ce qui relève la proportion à un sur 130 ou 0,828 %. Nous avons à peu près pour un même nombre d'accouchements deux fois et demi plus de procidences chez les multipares que chez les primipares. Nous en verrons la raison en étudiant l'étiologie.

ETIOLOGIE

Dans l'accouchement eutocique la présentation remplit la cavité pelvienne et ne laisse aucun espace dans lequel pourrait s'engager soit le cordon soit un membre. Nous voyons déjà que toutes les fois que la présentation ne com-

blera pas l'excavation il pourra se produire une procidence ; nous allons passer en revue dans les chapitres suivants les diverses causes de ce défaut d'accommodation.

CAUSES DE LA PROCIDENCE

La définition de M. Pinard les comprend toutes ; les causes de la procidence sont : « le défaut d'accommodation pelvienne au cours de la grossesse ou de l'accouchement. » Nous allons envisager successivement les trois facteurs qui concourent à l'accommodation : le canal utéro-pelvien, l'utérus, l'œuf.

CHAPITRE PREMIER

DÉFAUT D'ACCOMMODATION PRODUIT PAR VICIATION

DU CANAL UTÉRO-PELVIEU

L'obstacle à l'accommodation peut venir soit des parties molles soit du bassin osseux.

Pour ce qui concerne les parties molles, nous avons deux causes principales : l'insertion basse du placenta et les tumeurs pelviennes, celles-ci assez rares.

§ 1. — *Insertion basse du placenta.*

L'insertion du placenta sur le segment inférieur empêche la partie fœtale de venir s'appliquer sur l'aire du détroit supérieur ; elle crée par conséquent un obstacle à l'accommodation de la présentation. C'est sans contredit la cause la plus fréquente de procidence.

M. Pinard admet qu'il y a insertion vicieuse lorsque la rupture des membranes est située à moins de 10 centimètres du bord du placenta.

A) *Primipares*.—(Voir tableau A). Sur 21 procidences nous trouvons 6 insertions basses, 11 fois les membranes n'ont pu être mesurées. Nous ne trouvons pas parmi ces six observations d'insertion vicieuse, de cas où la procidence puisse être attribuée à cette seule cause.

M. Varnier avait trouvé un seul cas d'insertion vicieuse sur 5 accouchements de primipares accompagnés de procidence.

M. Gibory, 5 cas sur 26.

B) *Multipares*.—(Voir tableau B). Sur 72 procidences nous relevons 32 insertions basses ; dans 23 cas, les membranes n'ont pu être mesurées. Dans 14 cas sur ces 32, nous ne trouvons pas d'autre cause de procidence, ce qui nous donne la proportion de 1 pour 5 environ.

M. Varnier avait trouvé 1 pour 7 et M. Gibory 1 pour 5.

L'observation suivante est un type des nombreux cas où la procidence est produite par l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

OBSERVATION I (Tableau B, 1894-1665)

La femme S..., 38 ans, VII pare ; bonne santé habituelle ; a marché à un an ; réglée à 15 ans, depuis régulièrement, a eu six grossesses antérieures, 5 accouchements spontanés à terme, le dernier prématuré à 6 mois, deux enfants vivants actuellement, le premier et le quatrième, même père pour toutes les grossesses.

A eu ses dernières règles fin décembre 1893, apparition des mouvements actifs vers le 15 mai. Hauteur de l'utérus 34 centimètres, bassin normal, présentation et position OI DT.

Entre à la clinique Baudelocque le 10 octobre 1894 à 1 heure du soir, perdant de l'eau et du sang en grande quantité, dit avoir des douleurs depuis deux heures du matin même jour et des pertes de sang depuis six semaines.

A son entrée M^{lle} Roze constate que le col est dilatable, les membranes sont rompues au-dessus de l'orifice, mais il existe encore une poche des eaux, dans laquelle on trouve le cordon procident. On le réduit et on rompt la poche des eaux, le cordon redescend accompagné d'une main. Nouvelle réduction et ballon Champetier.

Les battements sont bons. La femme est prise d'une syncope, on lui donne des boissons alcooliques et on retire le ballon. Nouvelle procidence. On termine l'accouchement par la version. L'enfant naît étonné, mais respire et crie au bout de cinq minutes. Il pèse 4.100 grammes, les membranes mesurent 31:0 et le cordon 80; délivrance et suites de couches normales.

§ 2. — VICIATION DU CANAL UTÉRO-PELVIEN PAR UNE TUMEUR

Sur nos 93 procidences, nous n'observons qu'un cas de tumeur pelvienne. M. Gibory (Thèse de Paris 1893 déjà citée) en avait trouvé un cas sur 74 procidences.

OBSERVATION II (Tableau B 1894-373).

La femme T... 35 ans, couturière, II pare.

Père mort à 58 ans de pneumonie, mère morte à 56 ans au moment de la ménopause.

A marché à 18 mois; réglée à 14 ans, régulièrement depuis a eu la variole à 12 ans, à 31 ans une bronchite ayant duré 9 mois, première grossesse à 30 ans. Accouchement à terme avec application de forceps. Enfant mort à 20 mois.

Dernières règles du 16 au 20 mai 1893. Apparition des mouvements actifs commencement octobre. Bassin ?

Présentation et position OIGT.

Arrivée à la salle de travail le 7 mars à 8 heures du soir, venant de perdre les eaux. En pratiquant le toucher on trouve dans le vagin un paquet de cordon arrivant jusqu'à la vulve, on constate qu'il présente des battements. Le col est long, aucune partie fœtale n'est accessible, la tête est au niveau de l'ombilic.

M^{lle} Roze essaie de rétro-pulser le cordon, elle n'y parvient pas. Elle fait prendre à la malade la position genu-pectorale et arrive à le remonter dans le col, mais en lui laissant reprendre sa position primitive, on sent que le cordon est redescendu.

Après nouvelle réduction, à 8 h. 30, M. Varnier introduit un ballon Champetier grand modèle que l'on distend au maximum. Les bruits du cœur sont et restent normaux jusqu'à la fin de la dilatation.

A minuit 20' la dilatation est complète, le ballon est expulsé, mais en même temps le cordon vient de nouveau à la vulve. M. Wallich fait rapidement une application de forceps et extrait un enfant du sexe masculin pesant 2650 grammes en état de mort apparente et qui ne peut être ranimé.

A 1 h. 30 délivrance par extraction simple avec rétention de membranes.

A la paroi antérieure de l'utérus, volumineux fibrome de la grosseur de deux poings faisant saillie dans la cavité utérine et à large base d'implantation. Ce fibrome n'atteignait pas dans sa limite supérieure le fond de l'utérus, il en était séparé sur l'utérus rétracté par trois ou quatre travers de doigts et l'on pouvait sentir nettement cette saillie, qui produisait entre elle et le fond de l'utérus une dépression qui, sur l'utérus gravide, avait pu donner la sensation du sillon du cou. On retire de cette loge supérieure, située au-dessus de la tumeur, une assez grande étendue de membranes. Injection intra-utérine, tamponnements, etc.

Ce fibrome avait été certainement la cause du non engagement de la tête et de la procidence du cordon.

Nous nous permettrons de remarquer à propos de cette observation, que la parturiente avait marché à 18 mois et qu'elle avait eu un premier accouchement au forceps.

D'autre part les membranes n'ont pu être mesurées, l'observation porte : membranes déchirées ; par conséquent nous ne savons pas non plus si une insertion basse du placenta ne venait pas compliquer cette viciation par fibrome.

§ 3. — VICIATION DU BASSIN

Nous admettons que le bassin est rétréci chaque fois que l'angle sacro-vertébral est accessible ; nous avons relevé les mensurations exactes chaque fois qu'elles ont été prises (voir tableaux A et B, colonne des observations).

B) *Primipares*. — Chez nos 21 primipares ayant eu des procidences, nous trouvons cinq bassins rétrécis et quatre dont les mesures n'ont pas été prises.

Sur les cinq bassins rétrécis, deux sont signalés viciés, angle accessible, un mesure 9 cm² de diamètre PSP, un autre 10,5 et le dernier 11.

OBSERVATION III (Tableau A, 1893-1142).

La femme P... primipare 21 ans.

A marché à 10 mois. Réglée à 15 ans ; depuis régulièrement.

A eu la scarlatine à 15 ans, des rhumatismes des membres inférieurs à 19 ans, une angine herpétique à 20 ans.

Dernières règles le 26 octobre 1892. Apparition des mouvements actifs en janvier 1893.

Entre au dortoir (Clinique Baudelocque) le 24 juillet 1893
présentation et position : OIGA.

On trouve un bassin canaliculé. Diamètre PSP = 9,2, faux promontoire à l'union de la première et deuxième sacrée; diamètre du sous-pubien à ce faux promontoire : 9 (Lepage).

Le 2 août. Tête au détroit supérieur. Dilatation complète à midi 25'. M^{lle} Villeneuve rompt les membranes, la poche était volumineuse et remplissait le vagin; aussitôt après elle remarque la procidence du cordon dans le vagin.

M^{lle} Roze appelée, réduit le cordon. Les bruits du cœur qui s'étaient modifiés pendant la procidence, redeviennent normaux aussitôt après sa réduction et se maintiennent bons jusqu'à l'expulsion du fœtus qui a lieu le 3 août à 2 h. 25 du matin. Enfant vivant du sexe féminin pesant 2710 grammes. Longueur du cordon, 52 centimètres; mensuration des membranes, 28 : 4. Délivrance et suites de couches normales.

B). *Multipares*. — Chez nos 72 multipares ayant présenté des procidences nous trouvons 16 bassins rétrécis et 17 non mesurés.

Sur les 16 rétrécis, 3 sont seulement indiqués viciés angle accessible; 9 mesurent de 10 à 11 centimètres, 3 de 9 à 10 centimètres et un 8 centimètres 6. La proportion est de 1 cas pour 4,5.

Nous reproduisons ci-dessous une observation dans laquelle la procidence nous paraît uniquement due au rétrécissement du bassin osseux.

OBSERVATION IV (Tableau B, 1894-1281).

La femme M. 35 ans, III pare.

Mère inconnue, père mort, cause inconnue.

Ignore à quel âge elle a marché, marche bien.

Réglée à 18 ans.

A eu la fièvre typhoïde à 28 ans.

A 19 ans accouchement spontané à terme par le sommet, garçon vivant bien portant.

A 33 ans accouchement à terme avec le forceps, fille vivante, même père pour les deux dernières grossesses. père différent pour la première.

Dernières règles du 20 au 25 octobre 1893.

Apparition des mouvements actifs à 4 mois et demi.

Présentation et position OIGT.

Entre à la clinique Baudelocque le 10 août 1894 à 10 heures 15 du matin, le cordon procident hors la vulve sans battements, la dilatation est complète, l'utérus en contraction permanente a ses parois amincies.

Au niveau du détroit supérieur, on sent une tête considérablement aplatie avec bosse séro-sanguine énorme, pas de bruits du cœur.

La malade raconte qu'elle est en travail depuis le 8 août 3 heures du soir, les membranes se sont rompues spontanément le 9 à 2 heures du matin, et on a tenté chez elle de lui faire une application de forceps le même jour à 9 heures du matin.

A la clinique on décide de faire une basiotripsie, M. Wallich la fait de 11 heures 25 à 11 heures 45.

Délivrance artificielle, suites de couches normales; le bassin mesurait 9 centimètres 7 de diamètre P. S. P., l'enfant était gros, pesait 3870 après basiotripsie sans substance cérébrale.

CHAPITRE II

OBSTACLES VENANT DE L'UTÉRUS.

L'utérus ne se contracte pas toujours bien; cela peut tenir à diverses causes :

Si le muscle utérin trop souvent distendu par des grossesses antérieures se fatigue par des efforts intempestifs ne se contracte plus qu'avec mollesse, l'accommodation ne

se fera pas et une procidence pourra se produire. C'est ce qui arrive chez les grandes multipares ; d'autre part le travail peut paraître normal, l'utérus se contracte avec vigueur, mais sa forme anormale empêche l'accommodation. Un troisième cas peut se présenter : l'utérus se contracte bien, sa forme est normale, mais la paroi abdominale ne peut lui venir en aide soit qu'elle ait subi une éviscération au cours d'un accouchement antérieur, soit qu'elle présente un certain degré de laxité de ses muscles due comme celle de l'utérus à de nombreuses grossesses, soit qu'elle se double d'un tissu adipeux parfois considérable.

Sur nos 72 multipares ayant présenté une procidence, une est à sa 13^e grossesse, une à sa 10^e, 14 ont accouché plus de cinq fois, 5 en sont à leur 5^e grossesse et 51 ont accouché moins de 5 fois. Nous trouvons approximativement une grande multipare sur 3,4 ou 29 0/0.

OBSERVATION V (Tableau B, 1897-2007).

La femme C. 39 ans, XIII pare, bonne santé habituelle, père mort de bronchite, mère morte de tuberculose pulmonaire, a marché à 13 mois.

Réglée à 17 ans, régulièrement depuis.

A eu 12 accouchements antérieurs, 11 à terme spontané par le sommet, un avortement.

3 enfants vivants actuellement.

Dernières règles du 19 au 20 février 1897.

Apparition des mouvements actifs à 4 mois et demi.

Hauteur de l'utérus 33 centimètres.

Bassin normal.

Présentation et position OIGT.

A eu quelques douleurs dans la nuit du 9 au 10 novembre,

vient à la clinique Baudelocque le 10 au matin. On constate que le col est largement dilatable, les membranes intactes, le cordon est procident dans la poche des eaux. La tête est au-dessus du détroit supérieur et a des tendances à fuir vers la fosse iliaque droite. M^{lle} Roze rétropulse le cordon et on maintient la tête au détroit supérieur. Les bruits du cœur sont bons, *les contractions utérines rares*.

A 11 heures M. Pinard trouve la dilatation comme une paume de main et rompt les membranes. La tête se fixe et le cordon n'est plus senti. Le liquide amniotique est vert. La dilatation se complète rapidement et à 11 h. 35' a lieu spontanément l'expulsion d'un enfant vivant du sexe masculin pesant 3.300 grammes ; les membranes mesurent 29 : 11 et le cordon 73, délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION VI (Tableau A, 1897-2082)

La femme M..., 20 ans, femme de chambre, primipare, bonne santé habituelle, ignore à quel âge elle a marché, réglée à 16 ans, depuis régulièrement.

Dernières règles du 15 au 16 mars.

Présentation et position SIGT. Siège complet.

Arrive à la clinique Baudelocque le 22 novembre à 1 h. 45 du soir avec les membranes rompues. M. Audebert en pratiquant le palper remarque que l'utérus fortement dévié à droite présente sur son bord gauche une sorte d'encoche qui se prolonge obliquement sur la surface de l'utérus.

La moitié droite de l'aire du détroit supérieur est vide.

On constate une procidence du cordon qui fait saillie hors la vulve (anse de 20 cent. environ). Les battements sont assez faibles, aussi M. Audibert tente-t-il de rétropulser le cordon au-dessus du membre inférieur qui se présente au niveau du détroit supérieur. Il ne peut y arriver ; M^{lle} Roze essaie aussi sans résultat. On procède alors à l'extraction rapide qu'on termine par la manœuvre de Mauriceau.

Pendant la période de délivrance on constate par le palper un aspect tout particulier de l'utérus. Le fond est partagé en deux parties par un sillón très prononcé situé à peu près sur la ligne médiane, la partie gauche, petite, atteint à peine le volume d'une orange ; la droite fortement déviée à droite remonte à 21 centimètres du pubis. Après la délivrance, cette forme anormale s'atténue mais ne disparaît pas complètement ; on sent toujours une dépression sur le bord gauche de l'utérus.

Le doigt introduit pendant l'injection intra-utérine qui suit la délivrance ne perçoit aucune cloison.

CHAPITRE III

OBSTACLES A L'ACCOMMODATION VENANT DU CONTENU UTÉRIN

Nous avons trois facteurs à considérer, le *liquide*, le *cordon*, le *fœtus*.

§ 1. — *Liquide amniotique.*

Les membranes peuvent être distendues soit par une quantité exagérée de liquide amniotique soit par la présence de plusieurs enfants dans leur cavité.

A) *Hydramnios*. — Chez nos 21 primipares ayant présenté des procidences, nous ne relevons aucun cas d'hydramnios.

Chez nos 72 multipares, 3 fois le liquide a été recueilli et atteint ou dépasse 2 litres, 1 fois il est mentionné très abondant et 3 fois abondant ; dans ces derniers cas, il n'a pu être recueilli.

Ce qui nous donne au total, sur 93 procidences

4 hydramnios considérables et 3 légères, soit environ 1 cas sur 13, ou 7,6 %. M. Varnier dans sa statistique de Larioisière avait trouvé 2 cas sur 22 et M. Gibory 7 sur 48.

Dans aucun cas l'hydramnios ne nous paraît être la cause unique de la procidence, dans l'observation suivante elle se complique d'une insertion vicieuse du placenta et d'une grande multiparité.

OBSERVATION VII (Tableau B, 1894-873)

La femme J..., 39 ans, journalière, VI pare, bonne santé habituelle, père mort d'accidents septiques à la suite d'une plaie du genou, mère morte de tuberculose pulmonaire.

Ignore à quel âge elle a marché.

Réglée à 13 ans, depuis régulièrement.

A eu 5 accouchements, tous à terme, spontanés par le sommet, enfants tous nés vivants, le premier élevé au biberon est mort, les autres au sein par la mère, bien portants actuellement.

Dernières règles du 10 au 15 août 1893.

Hauteur de l'utérus, 42 centimètres.

Bassin normal.

Présentation et position OI.D.T.

Depuis le 15 avril, a eu à plusieurs reprises des pertes de sang assez abondantes, entre au dortoir à la clinique Baudelocque, le 30 avril 1894.

A la salle de travail, le 31 mai à midi 10' à cause d'une hémorrhagie très abondante, M^{lle} Roze rompt les membranes, on recueille deux litres de liquide. On remarque à ce moment la procidence du cordon et d'une main. L'hémorrhagie continue. On va à la recherche d'un pied qu'on amène à la vulve pour comprimer le placenta décollé. L'hémorrhagie cesse, mais les battements du cœur fœtal sont lents (72 par minutes). Le poulx de la mère devient filiforme. On termine alors rapidement

l'extraction. L'enfant qui avait fait quelques inspirations prématurées naît en état syncopal et ne peut être ranimé. Il est du sexe féminin et pèse 3.750 grammes. Les membranes mesurent 64 : 0 et le cordon 71 centimètres.

Délivrance normale.

Suites de couches. La température normale jusqu'au 3^e jour monte à 40° pour redescendre en lysis jusqu'à 37° pendant 8 jours.

B) *Gémellité*. — La grossesse double distend l'œuf comme l'hydramnios et peut empêcher l'engagement de se produire.

a) *Primipares*. — Sur 21 procidences nous ne trouvons qu'une grossesse gémellaire.

b) *Multipares*. — Sur 72 procidences nous trouvons six grossesses doubles. Le bassin est normal dans ces six cas. Les membranes n'ont jamais pu être mesurées.

Une fois sur les six, il y a eu procidence des 2 cordons.

La proportion est exactement de 1 cas pour 12.

OBSERVATION VIII (Tableau A. 1898-1934).

La femme G. 28 ans, domestique, primipare.

Bonne santé habituelle, pas d'antécédents héréditaires.

A marché à 10 mois.

Réglée à 17 ans, depuis régulièrement.

Dernières règles du 27 au 30 octobre 1897.

Apparition des mouvements actifs, 7 avril 1898.

Hauteur de l'utérus 38 centimètres.

Bassin normal.

Expulsion spontanée du premier fœtus le 8 août à 7 heures 5 du matin à la clinique Baudelocque au bout de 3 heures 5 de période d'expulsion; dégagement en OP; enfant vivant bon état, sexe féminin, poids 3200 gr.

Par le toucher on constate alors que derrière la deuxième poche des eaux intacte, le deuxième fœtus se présente par l'extrémité céphalique et qu'il y a procidence du cordon.

M^{lle} Roze introduit la main, réduit le cordon procident, rompt artificiellement les membranes et engage la femme à pousser.

L'expulsion a lieu spontanément à 7 heures 40, l'enfant naît étonné, mais respire et crie rapidement, sexe féminin, poids 2540 gr. ; membranes ? cordon 61 centimètres.

Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION IX (Tableau B, 1897-2186).

La femme M. 36 ans, concierge, V pare.

Père mort de congestion pulmonaire ?

Une sœur de son mari a eu une grossesse gémellaire.

Ignore à quel âge elle a marché.

Réglée à 12 ans et demi, irrégulièrement.

A eu la rougeole à 9 ans ; la fièvre typhoïde à 20 ans ; à 33 ans une affection pulmonaire aiguë accompagnée d'hémotysies

Premier accouchement en 1884, à terme au forceps, garçon vivant ; en 1887, 1888, 1895. accouchements spontanés à terme par le sommet ; les enfants de la deuxième et de la quatrième grossesse sont morts en bas âge d'affection indéterminée.

Dernières règles du 6 au 10 février 1897.

Apparition des mouvements actifs, 15 juin.

Hauteur de l'utérus 40 centimètres.

Bassin normal.

Entre au dortoir le 3 décembre 1897. Est prise de douleurs le 10 à 8 heures du matin, perd de l'eau à midi et monte à la salle de travail à ce moment. La dilatation est complète. Le premier fœtus se présente par le siège en GT. Au toucher on sent le cordon entre les jambes. La femme est mise immédiatement en position obstétricale et on extrait rapidement le pre-

mier fœtus qui naît vivant en bon état, il est du sexe féminin et pèse 2770 grammes.

Le deuxième se présente longitudinalement. M. Baudron introduit la main pour voir s'il y a une seconde poche des eaux ; il constate qu'elle existe et que le cordon y fait procidence. Il la rompt immédiatement, le liquide est vert ; il va à la recherche d'un pied et extrait rapidement l'enfant par version interne. L'enfant crie immédiatement, il est du sexe féminin et pèse 2450.

Les membranes n'ont pu être mesurées, les deux cordons ont la même longueur et mesurent 47 centimètres..

Délivrance et suites de couches normales.

§ 2. — *Longueur du cordon.*

Nœgelé a dit : « Le cordon est toujours assez long pour prolaber, et s'il ne prolable pas toujours, c'est que les vraies causes de la procidence n'existent pas. »

Nous constatons en effet sur nos 93 procidences, 11 cas où le cordon a moins de 50 centimètres, dans un cas, (voir tableau B 1894, obs. 1454) il ne mesure que 32 centimètres et dans un autre cas (même tableau 1895-195) 30 centimètres seulement. Ces deux dernières mensurations sont suffisamment probantes.

M. Varnier (statistique de Lariboisière, déjà cité) sur 33 cas ne trouve que deux fois un cordon au-dessus de 70 centimètres.

M. Gibory (Thèse de Paris 1893) sur 74 cas trouve 11 fois le cordon dépassant 70 centimètres.

A) *Primipares.* — Sur 21 procidences, nous trouvons 4 fois le cordon au-dessus de 70 centimètres, dans un cas, il atteint 90 centimètres.

b) *Multipares*. Sur 72 multipares ayant présenté des procidences, nous trouvons 15 fois le cordon au-dessus de 70 centimètres, parmi ces 15 cas il a dépassé 5 fois 90 centimètres; et dans ces 5 derniers cas il mesure une fois 102 centimètres et une autre fois 106 centimètres. Mais dans presque tous ces cas, on arrive à trouver une cause de la procidence autre que la longueur du cordon.

Dans l'observation suivante qui se trouve être celle du cordon le plus long que nous ayons trouvé, les membranes n'ont malheureusement pas été mesurées, mais nous trouvons un gros placenta ayant bien pu gêner quelque peu l'accommodation.

OBSERVATION X (Tableau B., 1896-49).

La femme L..., 24 ans, couturière, III pare, bonne santé habituelle.

A marché à un an.

Réglée à 15 ans. — Régulièrement depuis.

Maladie du foie ? à 22 ans.

En 1890, 1^{er} accouchement spontané à terme par le sommet, fille vivante.

En 1892, 2^e accouchement spontané à terme sommet, fille vivante.

Même père pour les 3 grossesses.

Bassin normal ; présentation, sommet.

Apparition des mouvements actifs et hauteur de l'utérus ?

Entre à la clinique Baudelocque le 8 janvier 1896 à 2 h. 5 du soir, les membranes sont rompues, on ignore depuis quand ; on trouve le cordon et le bras gauche dans le vagin, — le liquide amniotique est vert, les battements peu frappés.

La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

M^{lle} Vaude Caüter introduit la main dans l'utérus, procède

immédiatement à la version par manœuvres internes et extrait un enfant vivant du sexe masculin et du poids de 3810 grammes; les membranes ne sont pas mesurées, — le cordon a 106 centimètres. il est grêle, — le placenta pèse 650 grammes.

Délivrance et suites de couches normales.

§ 3. — *Disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions du canal utéro-pelvien.*

La partie fœtale qui se présente peut ne pas pouvoir s'engager par suite de son volume exagéré; elle peut au contraire s'engager très facilement, mais n'être pas assez volumineuse pour combler l'excavation. Dans les deux cas elle laisse la voie libre pour une procidence.

A) *Volume exagéré du fœtus.* — MM. Ribémont-Desaignes et Lepage dans leur Précis d'obstétrique donnent comme moyenne du poids normal d'un fœtus à terme de 3000 à 3500 grammes. Nous admettrons avec eux qu'un fœtus est gros au delà de 3500 et très gros au-dessus de 4000.

a) *Primipares.* — Sur 21 procidences un seul enfant au-dessus de 3.500, aucun n'atteint 4.000, — dans le cas que nous signalons le bassin est vicié.

b) *Multipares.* — Sur 72 procidences nous trouvons 14 enfants entre 3.500 et 4.000; 8 au-dessus de 4.000.

Nous avons approximativement 1 gros fœtus sur 3 procidences. Mais toujours d'autres causes sont venues se joindre au volume du fœtus pour expliquer la procidence.

Dans l'observation ci-contre, nous avons un rétrécissement du bassin et une insertion basse du placenta.

OBSERVATION XI. (Tableau B..., 1894-778).

La femme T..., 26 ans, cultivatrice, III pare.

Bonne santé habituelle.

Ignore à quel âge elle a marché.

Réglée à 16 ans. — Régulièrement depuis.

Arthrite du genou droit en 1888.

1^{re} grossesse en 1889. — Accouchement spontané à terme par le sommet, enfant vivant.

2^e en 1891. — Accouchement spontané à terme par le sommet, enfant vivant.

Dernières règles du 15 au 20 juillet 1893.

Apparition des mouvements actifs à 4 mois 1/2.

Hauteur de l'utérus, 36 centimètres.

Bassin vicié. — Angle accessible — diamètre P. S. P. : 10 centimètres.

Entre à la clinique Baudelocque le 15 mai 1894 à 4 heures du soir, le col est largement perméable quoique long. On constate la procidence du cordon et d'une main. Mlle Roze introduit 4 doigts dans l'orifice, rétropulse le cordon et le membre pro-cidents puis rompt les membranes après avoir fixé la tête au détroit supérieur à 4 h. 20 du soir.

A partir de ce moment contractions indolores toutes les cinq minutes jusqu'à 5 h. 30. A partir de 5 h. 30, contractions douloureuses toutes les 10 minutes jusqu'à 6 h. 15. A 6 h. 20 le col est toujours long, mais dilatable comme 2 francs. A 10 heures la tête est amorcée en G T. — Les bruits du cœur à partir de 4 h. 50 varient entre 130 et 140. Au moment de la rétropulsion ils étaient notablement modifiés mais ont rapidement remonté ; la dilatation se fait très lentement et l'expulsion a lieu le 16 à 3 h. 15 du matin. On constate un circulaire du cordon.

Expulsion spontanée de la délivrance 10 minutes après l'accouchement. Poids de l'enfant 4070 grammes, mensuration des membranes, 34 : 4 — longueur du cordon, 63 centimètres.

Suites de couches normales.

B). *Petitesse du fœtus*. — D'après notre définition du chapitre précédent, empruntée à MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, nous admettrons qu'un fœtus est petit au-dessous de 3000 grammes.

a) *Primipares*. — Sur 21 procidences nous trouvons 6 fois le fœtus d'un poids oscillant entre 2.500 et 3.000 grammes ; 2 fois entre 2.000 et 2.500 ; 1 fois entre 1.500 et 2.000 et 1 fois au-dessous de 1.500.

b) *Multipares*. — Sur 72 procidences, 17 fois le poids du fœtus varie entre 2.500 et 3.000 grammes ; 7 fois entre 2.000 et 2.500 ; 2 fois entre 1.500 et 2.000 et 2 fois il est au-dessous de 1.500.

Dans toutes ces observations encore, d'autres causes de procidence viennent se joindre à la petitesse du fœtus.

Dans l'observation ci-dessous nous remarquons une insertion basse du placenta.

OBSERVATION XII (Tableau B, 1894-1895).

La femme F... 31 ans, lingère, II pare.

Père mort de tuberculose pulmonaire. Mère morte de fièvre cérébrale ?

Ignore à quel âge elle a marché.

Réglée à 18 ans. Régulièrement depuis.

Fièvres intermittentes.

En 1893, accouchement spontané, à terme, par le sommet, enfant mort, pas macéré.

Dernières règles 3 février 1894

Apparition des mouvements actifs fin juin.

Bassin normal. — Présentation et position OIGT.

Entre à la clinique Baudeloque le 4 septembre 1892 à 10 heures du matin ; perdait de l'eau depuis la veille 9 heures du soir. Pas de contractions jusqu'à 5 heures du matin. On

l'examine le 6 à 10 heures matin : on trouve : dilatation comme 2 francs, tête élevée et cordon en partie dans le vagin. M^{lle} Dubuisson refoule le cordon dans l'utérus au-dessus de la tête. Les bruits du cœur sont normaux ; à 11 h. 45' la dilatation est complète et à 11 h. 55', elle expulse spontanément un enfant du sexe féminin du poids de 1290 grammes.

Délivrance et suites de couches normales :

	O. M. = 11.5
Diamètres de la tête	O. F. = 9.4
	S. O. B. — 7.7
	S. O. F. = 8.2
	B. P. = 7.5
	B. T. = 5.7
	S. M. B. = 7.7

Circonférences : { 27
 { 25

Nous plaçons à côté de la petitesse du fœtus le chapitre de la macération,

Nous n'en avons trouvé qu'un seul cas :

OBSERVATION XIII (Tableau A, 1895-187).

La femme G... 24 ans, domestique, primipare.

Ignore à quel âge elle a marché.

Réglée à 16 ans, régulièrement depuis.

Anémie à 19 ans.

Dernières règles 16 mai 1894.

Apparition des mouvements actifs à 4 mois.

Hauteur de l'utérus et mensuration du bassin ?

A eu des hémorrhagies pendant les quatre premiers mois de sa grossesse. A 7 mois, hémorrhagies à répétition ayant duré 15 jours.

Présentation et position ?

Cette femme est apportée à la clinique Baudelocque le 2 février 1895 à 1 heures après midi, le cordon et un bras pen-

dant à la vulve. Elle avait été prise 8 jours auparavant de douleurs abdominales accompagnées d'hémorrhagies après lesquelles elle a cessé de sentir remuer son enfant. Les douleurs la reprennent et elle expulse spontanément 30 minutes après son arrivée d'abord le tronc, ensuite le siège, puis la tête d'un enfant mort et macéré du poids de 2200 grammes ; le liquide amniotique est rouge sans mauvaise odeur.

Délivrance et suites de couches normales.

Mensuration des membranes 22,19, longueur du cordon ?

C). *Présentations vicieuses*. — A la grosseur et à la petitesse exagérées du fœtus comme causes de procidence on peut joindre les présentations vicieuses. Nous voyons en effet, que si la présentation du sommet peut remplir l'excavation et fermer la voie au cordon ou aux membres, il n'en est pas toujours de même des autres présentations. Nous allons les passer en revue. Avant d'entamer ce nouveau chapitre, nous remarquerons que les présentations vicieuses ne peuvent être considérées comme des causes véritables de procidence, elles ne font que résulter elles-mêmes des diverses causes que nous avons étudiées dans les chapitres précédents.

§ 1. — *Présentation du siège*.

La présentation du siège n'est pas à proprement parler une présentation vicieuse puisque l'accouchement peut se terminer spontanément. Cependant au point de vue de la formation d'une procidence, c'est certainement une présentation défectueuse, car l'accommodation ne saurait y être parfaite, que le siège soit complet ou décompleté.

a) *Primipares*. Sur 21 procidences 6 présentations du siège ; comme proportion 1 sur 3,5 accouchements, presque toujours on rencontre une autre cause pour expliquer la procidence.

Dans l'observation suivante le bassin n'a pas été mesuré, mais nous avons une insertion basse du placenta dont le poids est très élevé par rapport au poids du fœtus qui est très petit.

OBSERVATION XIV (Tableau A, 1899-557).

La femme B..., 19 ans, couturière, primipare.

Père mort de maladie d'estomac, à 53 ans.

Mère souffre de gastralgie.

A marché à 18 mois.

Réglée à 13 ans, depuis régulièrement.

Dernières règles, du 17 au 23 septembre 1898.

Apparition des mouvements actifs au 5^e mois.

Hauteur de l'utérus et mensuration du bassin ?

Présentation et position SIGT.

Se présente à la clinique Baudelocque le 25 mars 1899 à 9 h. 30 du matin. On constate que le siège est à l'orifice vulvaire et le cordon procident sans battements.

L'auscultation du cœur fœtal est nulle. Les membranes sont rompues depuis le 19 mars.

M^{lle} Roze procède à l'extraction rapide. Elle extrait par la manœuvre de Mauriceau un enfant mort du poids de 1.780 grammes. Après son extraction il s'écoule une petite quantité de liquide vert purée, très fétide.

Mensuration des membranes = 28 : 4. Longueur du cordon 43 centimètres.

Délivrance et suites de couches normales.

Dans l'observation ci-dessous une malformation utérine est la cause et de la procidence et de la présentation du siège.

OBSERVATION XV (Tableau A, 1895-736)

La femme D..., 26 ans, domestique, primipare.

Père mort à 62 ans de fièvre typhoïde.

A marché à 20 mois.

Réglée à 18 ans, depuis régulièrement.

Dernières règles, du 10 au 14 juillet 1894.

Hauteur de l'utérus 33 centimètres.

Bassin normal.

Entre au dortoir à la clinique Baudelocque le 29 avril 1895.

On constate que son vagin est cloisonné. Il existe également 2 cols, un de chaque côté de la cloison.

Le 7 mai à 10 h, 12' du matin, la dilatation étant complète, M. Wallich constate la présence du cordon dans le vagin droit et procède à l'extraction rapide de l'enfant ; elle est terminée à 10 h. 15'.

La cloison vaginale se déchire pendant l'extraction et est réséquée après la délivrance. On applique une pince qu'on laisse en permanence. Le toucher pratiqué après la délivrance permet de constater que le col droit seul est perméable.

L'enfant né en état de mort apparente est du sexe masculin et pèse 3.400 grammes, il est rapidement ranimé par insufflation.

Mensuration des membranes = 38 : 15 ; longueur du cordon 69 centimètres.

Délivrance par extraction simple, 30 minutes après l'extraction de l'enfant. Suites de couches normales.

b) *Multipares*. — Sur 72 procidences, nous relevons 14 présentations du siège, ce qui nous donne approximativement 1 cas sur 5. Comme pour les primipares nous

trouvons une cause pour expliquer à la fois la procidence et la présentation. Dans l'observation suivante nous avons un rétrécissement du bassin et une insertion vicieuse du placenta.

OBSERVATION XVI (Tableau B, 1893-1538).

La femme C. 20 ans, domestique, II pare.

Bonne santé habituelle, pas d'antécédents héréditaires.

A marché à 3 ans ; bien depuis.

Réglée à 15 ans et demi ; depuis régulièrement.

En 1892 avortement de 2 mois ? (dit avoir eu une absence de règles pendant 2 mois, puis avoir perdu de gros caillots).

Dernières règles du 10 au 12 février 1893.

Apparition des mouvements actifs en juin.

Hauteur de l'utérus, 29 centimètres.

Bassin vicié. Diamètre P. S. P. = 10,5. Face du sacrum accessible. Présentation et disposition S. I. D. T. Siège complet.

Entre à la clinique Baudelocque le 22 octobre 1893 à 4 heures du soir. A des douleurs depuis 5 heures du matin même jour.

A son entrée M^{lle} Roze trouve une dilatation comme 2 francs et une présentation du siège en D. T. Siège complet. On atteint les pieds très haut dans l'orifice. Les membranes sont intactes et M^{lle} Roze sent dans la poche une partie du cordon.

Pour cette raison on ne pratique la rupture artificielle qu'à dilatation complète. Il s'écoule une assez grande quantité de liquide amniotique normal comme couleur. La femme fait des efforts ; c'est le cordon qui apparaît le premier.

M^{lle} Roze procède alors à l'extraction rapide du fœtus.

Elle éprouve des difficultés pour extraire la tête par la manœuvre de Mauriceau, il y a un ressaut marqué au moment de son passage.

L'enfant du sexe masculin et du poids de 3050 grammes

naît en état de mort apparente, il est facilement ranimé après désobstruction de ses voies respiratoires.

Mensuration des membranes = 35 : 4 ; longueur du cordon 55 centimètres.

Délivrance et suites de couches normales.

§ 2. — *Présentation de l'épaule.*

La présentation de l'épaule plutôt que la présentation du siège est une cause de dystocie car à moins d'un fœtus extrêmement petit nous ne voyons jamais l'accouchement se terminer spontanément ; mais pas plus que pour la présentation du siège nous n'avons le droit de dire qu'elle est la cause unique de la procidence ; il faut plutôt incriminer d'autres causes : rétrécissement du bassin, insertion vicieuse du placenta, malformation de l'utérus ou relâchement de ses muscles, etc. qui produisent à la fois la présentation vicieuse et la procidence.

A) *Primipares*. — Nous ne trouvons qu'une seule présentation de l'épaule sur nos 21 observations de procidences chez des primipares. Dans cette observation le bassin est normal, mais les membranes n'ont pas été mesurées ; nous remarquons que c'est une primipare âgée.

OBSERVATION XVII (Tableau A, 1897-934).

La femme L. 40 ans, ménagère, primipare.

Ignore à quel âge elle a marché.

Réglée à 13 ans ; depuis régulièrement.

Dernières règles du 9 au 11 septembre 1896.

Apparition des mouvements actifs à 4 mois.

Hauteur de l'utérus 34 centimètres. Bassin normal.

Présentation et position : Épaule droite en dorso-antérieure.

Cette femme entre au dortoir à la clinique Baudelocque le 23 mars 1897. À la salle de travail le 26 mai, 6 heures 30 du soir. À ce moment la dilatation est comme 50 centimes, les bruits du cœur sont normaux. Le 27 mai à 2 heures 15 du matin, la dilatation est comme une grande paume de main. À 2 heures 30 l'enfant fait deux mouvements d'inspiration prématurée à la suite de quoi on n'entend plus les bruits du cœur. À 2 heures 45 la dilatation est complète. On met la femme en position obstétricale et on rompt artificiellement les membranes. Il s'écoule une petite quantité de liquide vert purée. On reconnaît alors une présentation de l'épaule et une procidence du cordon. L'auscultation est toujours négative. M. Bouffé de Saint-Blaise fait une embryotomie cervicale. L'enfant est du sexe masculin, il n'a pas été pesé. Les membranes n'ont pas été mesurées. Le cordon a 90 centimètres de longueur.

Suites de couches normales.

B) *Multipares*. — Nous avons 7 présentations de l'épaule parmi nos 72 observations de procidences chez les multipares, la proportion est donc approximativement de un cas sur 10 ou 10 0/0. M. Gibory avait trouvé comme proportion un sur 5 et M. Varnier un sur 4.

Sur nos 7 observations, nous avons deux fois insertion vicieuse du placenta, une fois le bassin est vicié, dans un autre cas, il y a à la fois rétrécissement du bassin et insertion basse du placenta, dans un cas grossesse double.

Dans deux cas enfin une femme en est à sa sixième grossesse, l'autre en est à sa neuvième, de plus les membranes n'ont été mesurées dans aucun de ces deux cas.

OBSERVATION XVIII (Tableau B, 1895-1923).

La femme G... domestique, 25 ans, 11 pare.

Bonne santé habituelle. Pas d'antécédents héréditaires.

A marché à 20 mois.

Réglée à 18 ans. Régulièrement depuis.

Première grossesse en 1892. Accouchement spontané à terme par le sommet. Fille bien portante.

Dernières règles du 5 au 10 octobre 1894.

Apparition des mouvements actifs vers le 15 janvier 1895.

Hauteur de l'utérus 34 centimètres.

Bassin vicié. Diamètre P.S.P. = 10,5.

Présentation et position. Epaule gauche en dorso-postérieure.

Entre à la salle de travail à la clinique Baudelocque le 23 juillet 1895 à 9 h. 50' du matin. Etait en travail depuis 2 heures du matin même jour.

A midi dilatation complète. M. Bouffé de Saint-Blaise rompt artificiellement les membranes et trouve dans la poche des eaux le cordon, une main et le pied antérieur (le droit).

Il extrait le fœtus par version en tirant sur le pied procident, le liquide amniotique est verdâtre.

L'enfant naît étonné, mais est ranimé facilement. Il est du sexe féminin et pèse 2920 grammes. On constate après l'extraction une fracture de l'humérus du côté de la main procidente.

Délivrance normale par extraction simple à midi 30, mensuration des membranes = 24,4; longueur du cordon, 54 centimètres.

Suites de couches normales.

§ 3. — *Présentation de la face.*

M. Pinard pense que la présentation de la face est une présentation secondaire qui ne se produit que pendant le travail. » « Elle résulte d'une déflexion de la tête se produi-

sant au début du travail, c'est-à-dire d'une présentation du sommet transformée » (Ribemont, Dessaignes et Lepage.)

Toutes les causes qui produisent la procidence peuvent amener cette déflexion de la tête, qui, d'un sommet, fait une présentation de la face. Aussi avons-nous été surpris de ne pas la rencontrer plus souvent au cours de nos observations de procidence. Nous ne rencontrons en effet qu'un seul cas où il y ait eu présentation de la face sur 93 procidences. Il s'agit d'une grande multipare à bassin vicié qui a de plus une insertion basse du placenta.

OBSERVATION XIX (Tableau B, 1897-328).

La femme J... 30 ans, domestique, VI pare.

Ignore à quel âge elle a marché. Marche bien.

Réglée à 17 ans. Règles irrégulières et peu abondantes.

En 1889. Accouchement spontané à terme par le sommet, fille bien portante.

En 1890. Accouchement spontané à terme par le sommet, garçon bien portant.

En 1892. Accouchement spontané à terme par le sommet, garçon bien portant.

En 1893. Accouchement gémellaire spontané à terme, les 2 jumeaux morts à 5 mois d'athrepsie.

En 1894. Accouchement spontané à terme par le sommet fille bien portante.

Dernières règles et apparition des mouvements actifs ?

Hauteur de l'utérus, 32 centimètres.

Bassin vicié. Diamètre P.S.P. = 11 centimètres.

Présentation et position : M.I.G.T.

Entre à la salle de travail à la clinique Baudelocque le 21 février 1897 à 1 h. du soir. Elle a des douleurs depuis minuit.

Le col est incomplètement effacé. Les membranes étaient rompues depuis les premières douleurs. On sent le cordon procident animé de battements forts et réguliers. M^{lle} Roze diagnostique une présentation de la face. Elle réduit la procidence à 1 h. 30 et maintient le cordon avec un doigt dans le col pendant qu'on introduit un ballon Champetier grand modèle.

Les bruits du cœur sont normaux. Les douleurs deviennent plus fréquentes et le ballon est expulsé à 6 heures. La dilatation est complète. On extrait avec difficultés par version, l'utérus étant à peu près vide de liquide, un enfant en bon état du sexe féminin du poids de 2500 grammes.

Délivrance normale. Mensuration des membranes 20:7, longueur du cordon = 48 centimètres.

Suites de couches normales.

CHAPITRE IV

PROCIDENCES COMPLEXES

Les procidences simultanées d'un ou plusieurs membres et les procidences du cordon seul, sont produites par les mêmes causes. Nous n'y reviendrons pas. Mais au point de vue du pronostic il y a une grande différence, le membre procident formant tampon et empêchant la compression du cordon.

Nous ne trouvons qu'un cas de procidence complexe chez les 21 primipares ; nous en avons 18 chez les 72 multipares. Sur ces 18 cas nous avons une grossesse gémellaire avec procidence complexe pour les 2 fœtus, ce qui nous ferait 19.

En bloc nous avons approximativement 1 sur 5. M. Varnier, dans sa statistique de la maternité de Laribo-

sière, avait trouvé 1 sur 5 et M. Gibory dans la statistique de la clinique Baudelocque antérieure à la nôtre, 1 sur 4.

CHAPITRE V

PROCIDENCE CHEZ DES FEMMES

EN AYANT DÉJÀ EU ANTÉRIEUREMENT

Nous n'avons pu trouver, parmi nos 93 observations de procidences, qu'un seul cas où soit signalée une procidence antérieure. Nous sommes persuadé qu'il en existe davantage. Si nous ne les retrouvons pas, c'est que la plupart des accouchements antérieurs avaient eu lieu ailleurs qu'à la clinique Baudelocque.

Dans l'observation suivante, il s'agit d'une femme ayant déjà accouché à la clinique Baudelocque, son bassin est rétréci; c'est en effet surtout chez les femmes à bassin rétréci que nous devons nous attendre à des procidences répétées, les autres causes de cet accident pouvant fort bien exister au moment d'un seul accouchement et ne pas se produire aux accouchements ultérieurs.

OBSERVATION XX (Tableau B, 193-1599)

La femme M..., 24 ans, cuisinière, II pare.

Bonne santé habituelle, pas d'antécédents héréditaires.

A marché à 9 mois.

Réglée à 12 ans, régulièrement depuis.

A eu la fièvre typhoïde à 9 ans.

Premier accouchement, le 12 août 1890, à la clinique Baude

locque. Spontané par le sommet à terme, fille pesant 3.100 grammes, morte à 1 mois de méningite.

Deuxième accouchement, le 21 juin 1892, à la clinique Baudelocque, hydramnios, *procidence du cordon*, accouchement spontané par le sommet, garçon pesant 3.790 grammes, vivant actuellement. Même père pour les 3 grossesses.

Dernières règles, du 18 au 26 janvier 1893.

Apparition des mouvements actifs, 8 juin.

Hauteur de l'utérus ?

Bassin vicié, angle accessible, diamètre PSP = 10.

Entre au dortoir le 23 octobre 1893.

Le 2 novembre à 8 heures du matin, la dilatation étant comme un franc, M^{lle} Roze trouve dans la poche des eaux qui est volumineuse le cordon et une main, elle parvient à les repousser à travers les membranes. Elle rompt les membranes et laisse écouler lentement le liquide, la tête se fixe un peu. Le liquide est vert et en grande quantité, on en recueille 1.250 grammes.

Les battements du cœur qui s'étaient momentanément modifiés redeviennent et se maintiennent normaux jusqu'au moment de l'expulsion qui a lieu spontanément à 8 heures du soir. L'enfant du sexe féminin pesant 4,080 grammes respire et crie immédiatement.

Mensuration des membranes 34 : 11, longueur du cordon 60.

Délivrance et suites de couches normales.

Mécanisme de la procidence

Nous venons de voir les nombreuses causes qui favorisent la procidence, mais elles ne la produisent pas forcément.

Pour M. Varnier le mécanisme des procidences, c'est le « flot de l'eau qui entraîne avec la plus grande facilité le cordon ombilical ou un membre du fœtus dans les cas

même où rien n'en avait auparavant annoncé la présence au-dessous de la tête. » (Varnier, ouvrage déjà cité.)

« Parfois c'est l'accoucheur qui produit pour ainsi dire la procidence du cordon, soit en faisant des tentatives maladroites de version, soit en provoquant l'accouchement. » (Ribemont Dessaignes et Lepage.).

Nous ajouterons les tentatives infructueuses ou maladroites d'application de forceps et la version par manœuvres externes au cours du travail.

§ 1. — *Rupture des membranes*

A la rupture des membranes, artificielle ou spontanée, si le liquide fait issue avec violence, il entraîne le cordon, c'est la cause déterminante la plus fréquente.

A) *Primipares*. — Sur 21 observations de procidences nous avons huit cas où l'on peut incriminer l'issue brusque du liquide, soit un peu plus de un sur trois.

Sur ces huit cas, trois fois la rupture des membranes est artificielle, cinq fois elle est spontanée.

B) *Multipares*. — Sur 72 procidences nous trouvons 29 cas où le cordon a été entraîné par le liquide amniotique, soit un sur 2,8 ; sur ces 29 cas, 12 fois la rupture des membranes est artificielle, 17 fois elle est spontanée.

En moyenne l'issue brusque du liquide amniotique est la cause déterminante dans 1/3 des cas.

OBSERVATION XXI (Tableau B, 1895-195).

La femme X..., 33 ans, V pare.

A marché à un an.

Réglée à 16 ans, régulièrement depuis.

Tousse depuis un mois, a de la dyspnée causée par de l'al-buminurie, est au régime lacté depuis ce temps.

Même père	{	1 ^{er} accouchement en 1884. Spontané à 8 mm. 1/2 par le sommet, fille morte à 10 ans.
		2 ^e accouchement en 1888. Spontané à terme, sommet. Garçon mort à 15 jours du croup.
		3 ^e accouchement en 1890. Spontané à terme sommet. Fille mise en nourrice, morte à 6 mois.

4^e accouchement en 1894. Spontané, sommet, à terme, fille morte 30 minutes après la naissance. (Gros foie.) Même père pour cette grossesse et l'actuelle.

Dernières règles du 12 au 16 juin 1894.

Apparition des mouvements actifs et hauteur de l'utérus?

Bassin normal.

Présentation et position O. I. D. T.

Entre au dortoir à la clinique Baudelocque le 1^{er} février 18 95
Le 2, la malade est en proie à une dyspnée intense, on rompt les membranes, il s'échappe une grande quantité de liquide. on en recueille 2,500 grammes. Immédiatement après on constate la procidence du cordon et d'une main. C'était à 3 h. 10 du soir, les bruits du cœur sont bons. On essaye de réduire les procidences, mais on ne peut y arriver. Le 3 février, à 8 h. 15 du matin les bruits du cœur s'accélérent et à 8 h. 35 on en compte 175. On place le ballon Champetier et à 8 h. du soir, la dilatation étant complète, on extrait par version une fille du poids de 2,170 grammes avec ascite considérable.

Délivrance normale. Mensuration des membranes 26 : 0. longueur du cordon, 30. — Poids du placenta 600 grammes.

On soumet l'enfant au traitement spécifique. Malgré cela il meurt le 4^e jour.

Suites de couches normales.

§ 2. — *Forceps.*

Dans deux observations, des tentatives infructueuses d'application de forceps sont peut-être la cause efficiente de la procidence. Voir tableau B, 1894, observation 1281, et :

OBSERVATION XXII (Tableau B, 1898-191).

La femme C. 38 ans, ménagère, V pare.

Père mort à 30 ans, éthylique.

Mère morte à 32 ans, cause inconnue.

A marché à un an.

Réglée à 17 ans, irrégulièrement jusqu'à 24 ans, régulièrement depuis.

Premier, troisième et quatrième accouchements, spontanés à terme par le sommet.

Deuxième, présentation de l'épaule, embryotomie cervicale.

Dernières règles fin avril 1897.

Apparition des mouvements actifs août 1897.

Hauteur de l'utérus 35 centimètres.

Bassin vicié. Diamètre P. S. P. = 10,4.

Présentation et position OIGT.

Cette femme est prise de fortes douleurs le 1^{er} février 1898 à 4 heures du matin. A 5 heures du soir elle fait appeler une sage-femme qui réclame le médecin. Celui-ci fait appeler un confrère et tous deux de 7 heures à minuit font trois tentatives infructueuses d'application de forceps. Ils envoient alors la parturiente à la clinique Baudelocque où elle arrive le 2 février à 3 heures du matin.

A son arrivée l'utérus est fortement rétracté, cependant on arrive à sentir par le palper la tête en bas et le dos à gauche. Les bruits du cœur ne peuvent être entendus. La tête est bloquée et défléchie, il y a procidence du cordon qui ne présente plus aucun battement. M. Baudron fait une basiotripsie.

L'enfant est du sexe féminin et pèse 3500 grammes sans substance cérébrale. Mensuration des membranes = 29 : 15, longueur du cordon : 65.

Suites de couches normales.

§ 3. — *Version par manœuvres externes au cours du travail.*

La version par manœuvres externes peut aussi occasionner une procidence par suite du déplacement de tout le contenu utérin : fœtus et liquide amniotique.

A) *Primipares*. — Nous relevons un cas de procidence produit à la suite d'essais de version par manœuvres externes. Mais la femme était entrée un mois avant l'accouchement ; comme on lui a fait plusieurs de ces tentatives de version, nous ne pouvons préciser l'époque de la grossesse à laquelle elles ont eu lieu.

B) *Multipares*. — Sur 72 procidences nous avons noté 4 cas où une procidence du cordon a suivi de près une tentative de version par manœuvres externes.

Dans les deux observations suivantes surtout, la procidence s'étant produite immédiatement, nous pouvons incriminer la version.

OBSERVATION XXIII (Tableau B, 1894-203).

La femme T. 26 ans, domestique, II pare.

A marché à 2 ans.

Réglée à 11 ans, depuis régulièrement.

Première grossesse 1887, gémellaire, accouchement spontané à 8 mois.

Premier jumeau, siège, fille vivante actuellement.

Deuxième, siège, garçon né vivant, mort à 8 jours.

Père différent pour la grossesse actuelle.

Dernières règles du 26 au 28 avril 1893.

Apparition des mouvements actifs fin septembre.

Hauteur de l'utérus 33 centimètres. Bassin normal.

Présentation et position : S. I. D. T.

Entre au dortoir le 9 décembre 1893. A la salle de travail le 5 février 1894 à 1 heure 40 du matin. A ce moment siège complet en D. T., dilatation comme 1 franc. On fait quelques tentatives infructueuses de version par manœuvres externes. A 3 heures 30 M^{lle} Villeneuve constate une procidence du cordon. Les membranes sont intactes. Les bruits du cœur sont bons. M^{lle} Roze prévenue rétropulse facilement le cordon qui redescend aussitôt. Les battements du cœur restent bons. La dilatation est complète à 6 heures 50 du matin, la poche des eaux fait issue hors la vulve et se rompt spontanément. L'anse du cordon qu'elle contient est projetée au dehors sans battements. On engage la femme à pousser, et on extrait rapidement par la manœuvre de Mauriceau à 6 heures 56 un enfant du sexe féminin pesant 3440 grammes qui naît étonné et décoloré mais respire et crie aussitôt après désobstruction de ses voies respiratoires.

Membranes déchirées ; longueur du cordon 61 centimètres.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XXIV (Tableau B, 1897-2163)

La femme B..., 33 ans, verrière, III pare.

Père mort de congestion pulmonaire, mère de suites de couches, un frère mort de méningite à 2 ans.

A marché à 2 ans.

Réglée à 18 ans — irrégulièrement.

Fièvre typhoïde à 14 ans. Rhumatisme articulaire aigu à 23 ans.

1^{er} accouchement, 3 octobre 1889. Accouchement à terme par le sommet au forceps à la Maternité; fille morte à 23 jours de convulsions, ayant encore les marques du forceps.

2^e accouchement, 6 novembre 1892. — Sommet à terme à Baudêloque, symphyséotomie — garçon vivant.

Dernières règles du 20 au 24 février 1897.

Apparition des mouvements actifs, 10 juillet 1897.

Hauteur de l'utérus, 32 centimètres.

Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. : 10 centimètres. — Symphyse mobile. Présentation et position S. I. D. T.

Entre au dortoir le 21 septembre 1897. A la salle de travail le 7 décembre à midi, dit souffrir depuis 9 heures du matin.

Les contractions sont rapprochées. — La tête est dans l'hypochondre droit, le siège à cheval sur l'aire du détroit supérieur et la fosse iliaque gauche. — La dilatation est comme 5 francs. Dans l'intervalle des contractions qui se répètent toutes les 3 ou 4 minutes on ramène la tête au niveau du détroit supérieur par version par manœuvres externes. Le dos est maintenant à droite et la tête en bas. — Les bruits du cœur sont bien frappés.

A 1 h. 30, la dilatation étant complète, Mlle Roze constate une procidence du cordon qu'elle réduit immédiatement. Elle rompt les membranes, la tête se fixe au détroit supérieur. — Les bruits du cœur sont normaux.

La tête ne descend pas. — M. Pinard fait une symphyséotomie. L'enfant extrait vivant pèse 3.825 grammes, mensuration des membranes 27 : 18 — longueur du cordon, 52.

Suites de couches normales.

§ 4. — *Ballon de M. Champetier de Ribes.* — On a signalé le ballon Champetier comme cause de procidence, nous n'en relevons aucune observation.

Pronostic de la procidence

La procidence du cordon ne comporte pas de pronostic sérieux pour la mère si les interventions qu'elle nécessite sont faites avec les précautions d'asepsie voulues, mais elle menace gravement la vie de l'enfant.

Les diverses statistiques donnent une mortalité considérable pour le fœtus :

Pour Stolz elle est de 52 cas sur 56 procidences, pour Depaul 67 %, Clarke 74 %, Michaelis 70 %, Tarnier 34 %, M. Varnier 25 %, M. Gibory 32 %.

Sur nos 21 primipares nous avons 11 cas de mort de l'enfant et sur nos 72 multipares 23, soit en bloc, 34 morts sur 93 ou 36 %.

Quant au pronostic maternel, nous n'avons sur ces 93 cas de procidences aucun décès, dans 5 cas, seulement nous observons une température élevée dans les jours qui suivent l'accouchement, une fois pendant 2 jours, 3 fois pendant 8 jours, une fois pendant 17 jours, ce qui nous donne en moyenne un cas de suites de couches pathologiques sur 18 ou 5,5 %.

Sur nos 11 cas de mort du fœtus chez des primipares 2 étaient morts avant la production de la procidence.

6 sont morts d'asphyxie.

3 cas sont douteux.

Sur nos 23 cas de mort chez des multipares, 1 fois le fœtus est mort de fracture du crâne produite par le forceps.

18 fois d'asphyxie.

1 fois d'hémorragie du placenta.

3 fois il est né en état de faiblesse congénitale et mort peu de jours après.

OBSERVATION XXV (Tableau B. 1895-854).

La femme B, 35 ans, couturière, II pare.

Père rhumatisant.

Ignore à quel âge elle a marché.

Réglée à 14 ans 1/2, régulièrement depuis.

Ostéomyélite de la jambe droite à 8 ans.

Rein flottant diagnostiqué à Necker par M. le professeur Guyon au début de la grossesse actuelle.

Première grossesse à 30 ans au cours de laquelle elle a eu une angine. Accouchement spontané à terme par le sommet, garçon vivant.

Dernières règles du 1^{er} au 3 août 1893.

Bassin normal.

Présentation et position O. I. D. T.

A des hémorragies depuis le septième mois, la dernière depuis le 15 avril 1894.

Entre au dortoir le 17 avril, depuis son entrée, hémorragies abondantes à quatre reprises différentes.

Entre à la salle de travail le 27 mai 1894 à trois heures du matin, est prise d'hémorragie. A 6 h. 1/2 Mlle Roze rompt les membranes, il se produit une procidence du cordon, elle la réduit immédiatement. La tête descend peu à peu et à mesure décolle le placenta dont on sent un bord à gauche de l'orifice. L'écoulement devenant de plus en plus abondant, on place un ballon Champetier grand modèle qu'on distend au maximum ; à 9 h. 35 le ballon est expulsé, il se produit une nouvelle procidence. M. Wallich va à la recherche d'un pied, il est gêné

par le cordon qu'il essaie de rétropulser et par le placenta en partie décollé qui est dans l'orifice. Il remonte le cordon aussi haut que possible. Le cœur du fœtus va bien, mais à 10 heures il fait quelques inspirations, elles se succèdent toutes les trente secondes. On tente l'extraction immédiate.

L'orifice incomplètement dilaté résiste pour la tête; l'enfant continue à faire des inspirations. A 10 h. 20 on peut terminer l'extraction par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant naît en état d'asphyxie blanche. Son cœur bat faiblement mais il ne peut être ranimé.

Prophylaxie et traitement de la procidence.

CHAPITRE PREMIER

PROPHYLAXIE

§ 1. — *Présentations vicieuses.*

L'accoucheur devra s'attacher à faire disparaître avant le travail les présentations vicieuses, nous les avons vues en effet faire partie des causes prédisposantes de la procidence.

La version par manœuvres externes devra être faite avec douceur, un mouvement brusque pouvant même en dehors de la période de travail précipiter le cordon et produire l'accident qu'on cherche à éviter.

§ 2. — *Rupture artificielle des membranes.*

La rupture des membranes se fera de façon à éviter

l'issue brusque du liquide amniotique ; pour cela on laissera le doigt dans l'orifice qu'il vient de pratiquer pour modérer la sortie du liquide.

On aura préalablement de la main libre maintenu fixée au détroit supérieur la partie qui se présente pour fermer la voie au cordon.

CHAPITRE II

TRAITEMENT

Nous avons 2 cas à envisager :

La dilatation est complète.

La dilatation est incomplète.

Article premier. *La dilatation est complète.* — Si les membranes sont intactes, on peut essayer la rétropulsion, si elle ne se maintient pas, ou si les membranes sont rompues, il faut procéder à l'extraction immédiate du fœtus.

L'accoucheur a le choix entre le forceps et la version pour les présentations du sommet. Nous ne discuterons pas les procédés, ils ont été longuement étudiés ailleurs (M^{me} Boyer, *thèse* de Paris, 1892). Pour les présentations du siège, il faut aller à la recherche du pied antérieur et au moyen de ce pied extraire rapidement l'enfant; pour l'épaule la version est le seul procédé.

On peut encore appliquer le ballon de M. Champetier de Ribes, pour maintenir réduite une procidence qui tend à se reproduire, et laisser l'accouchement se terminer spontanément, mais on emploie surtout cet appareil pour

compléter la dilatation lorsqu'elle n'a pas de tendance à se compléter toute seule.

Art. 2. *La dilatation est incomplète.* — Si les membranes sont intactes, il faut tâcher de rétropulser le cordon en le saisissant entre 2 doigts, en agissant avec précaution pour ne pas rompre les membranes.

D'après M. Varnier, lorsque les membranes sont intactes, « la réduction est plus facile parce que dans la poche, le cordon se déplace et remonte sous la moindre pression, parce que l'anse prolabée est en général peu considérable, parce que la région fœtale est mobile, non fixée, parce que les contractions sont moins fréquentes et moins intenses que quand après la rupture, la région fœtale vient appuyer sur les bords de l'orifice utérin. »

M. Pinard conseille de rompre les membranes *après la réduction*, pour fixer la présentation lorsque le fœtus est très mobile, ou que les parois sont très tendues, sinon il conseille d'attendre la dilatation complète.

Si les membranes sont rompues, la rétropulsion est encore indiquée à plus forte raison, le cordon ayant plus de chances d'être comprimé.

Art. 3. *Rétropulsion du cordon.* — Les accoucheurs ont inventé une grande quantité d'instruments destinés à repousser le cordon dans l'utérus et à l'y abandonner. Ils sont tous délaissés, nous ne les décrirons pas.

C'est avec *la main introduite tout entière dans le vagin, pouce compris* (M. Varnier), que l'on doit pratiquer la réduction du cordon en pénétrant aussi haut que possible.

Il faudra, après la réduction, surveiller la femme avec soin et pratiquer fréquemment l'auscultation et le toucher.

TABLEAU C. — Primipares (Porcubitus)

N ^o d'ordre	PRÉSENT. et position	DURÉE		Poids du fœtus	Memb.	Cordon	OBSERVATIONS
		totale du trav.	durée d'exp.				

1893							
715	OIGA	17 h.	20'	M 2,400	24 : 17	75	Après 11 h. de trav., la dilat. restant stat. dep. 2 h. (moins de 2 fr.), l'utérus tendu, la tête n'appuy. pas suffis., on rompt les membr. Dep. ce mom. la dilat. fait des progr. rapides, elle est compl. 5 h. après, et l'expuls. du fœt. est imméd. On const. procub. de la tête et de la main droite. Liq. amn. n. Bassin norm.
770	OIGA	24 h.	3 h.	V 3,170	26 : 8	49	Apr. 21 h. de trav., la dilat. étant comme une paume de main et les membr. très tend., bien que romp. au-dessus de l'orifice, depuis 8 h., on prat. la rupt. artif. 1 h. après, dilat. compl., la femme pousse énerg. mais la tête ne progr. pas. 3 h. plus tard, on prat. le toucher et on sent à droite une anse de cordon entre la tête et le bassin. L'acc. est term. par une extr. au forceps. Liq. amn. vert. Bassin : angle accessible.

1894							
164	OIGA	19 h. 30	2 h. 45'	V 3,420	Déch.	93	Apr. 19 h. de trav., la dilat. étant compl., le liq. dev. vert, les membr. étant romp. dep. 4 j., les bruits du cœur fœt. dev. impercept., on prép. une appl. de forceps ; en introd. la main dr. on sent à gauche un paquet de cordon, on le remonte et on term. rapid. l'extract. L'enf. naît étonné mais ne tarde pas à crier. Bassin norm.
372	OIGA	22 h.	7 h. 30'	V 3,100	Déch.	56	Apr. 7 h. de trav., la dilat. étant compl., on rompt artif. les membr., le liq. amn. est vert. On fait pousser la femme, le liq. dev. de plus en plus vert, les contr. sont peu énerg., et peu fréq. On surv. attent. les bruits du cœur. 5 h. plus tard, la rotat. est faite, la tête profond. engagé. On const. un procub. du cordon au niveau de l'oreille du fœt. à gauche. Les bruits du cœur s'accél. puis se ralent. On procède alors à l'extr. au forceps. L'enf. naît étonné, on lui désobstrue les voies resp. il ne tarde pas à respirer et à crier. Bassin norm.
545	OIGA	16 h. 20'	40'	V 2,700	29 : 9	62	La dilat. compl., la rot. étant achevée, les batt. du cœur tomb. à 92 et ne se relev. plus entre les contract. On explore l'ex-av., on trouve un circ. lâche du cordon form. procubit. On termine par extract. au forceps. Enf. lég. cyanosé mais dont la resp. s'établit facilement. Liq. amn. norm. Bassin norm.
733	OIGA	10 h.	1 h. 20'	V 2,580	33 : 4	57	Rupt. artif. des memb. à dilat. compl., liq. vert. Contract. peu fréq. et peu énerg. la tête ne progresse pas, procub. à gauche. Appl. forceps, enfant bon état, respire et crie aussitôt. Bassin norm.
777	OIDP	12 h.	40'	V 2,660	38 : 5	64	Apr. 11 h. 1/2 de trav., les membr. étant intact. et la dilat. compl., les bruits du cœur se modif.

1896

1074	SIGT	7 h.	10'	M	3.130	34 : 6	50	Siège compl. à dilat. paume de la main. Bruits du cœur tombent à 92. On prat. extract. Un circ. aut. de la jambe droite formait procub. Enfant mort-né.
1870	OIGT	64' h.	30'	M	2.720	31 : 10	60	Appl. de forceps pour modif. des bruits du cœur descendus à 80. Au mom. de l'ext., de la tête, on voit se dégager une anse du cordon qui formait un procub. non diagnostiqué. Enfant mort-né.

1897

405	OIGA	7 h. 35	3 h.	V	3.810	?	71	A dilat. compl., rupt. artif des membr., la femme pousse mal, la tête ne progr. pas. On const. procub. d'une main à dr. On sent égal, le cordon qui forme un cercul. lâche mais est un peu comprimé. Bruits du cœur norm. On aide la déflexion de la tête en appuyant à trav. le plan-cher périméal sur la région préauriculaire. L'acc. s'achève alors spont. rapid. On constate 2 circ. autour du cou, la main en procub. était la gauche. Bassin norm.
1024	OIGT	13 h.	40'	V	2.280	24 : 4	58	Membr. rompues depuis 9 h. Dilat. compl., les bruits du cœur tomb. à 80. Appl. de forceps. En intr. la main dr. on const. procub. du cord. extr. rapid. Fort. élonné. ranimé. 2 circ. très lâches. le 1 ^{er} form. procub. Bassin angle access. P. S. P. = 41.4. Suites couchées norm.
211	OIGT	7 h. 35	35'	M	2.700	33 : 11	56	Les bruits du cœur restent bons jusqu'à la dern. 1/2 heure; à ce mom., ils deviennent irrég. Acc. spont. d'un enf. mort. A côté de la tête anse de cordon qui à aucun mom. n'avait été sentie. Liq. amniot. verdâtre.
318	OIGA	12 h.	6 h.	V	3.050	32 : 4	61	Dilat. compl. Contract. espacées, peu énerg., bruits du cœur bons. Tête petite, mobile, dans excav., procubit cordon du côté gauche, extract. forceps. Liq. amn. opalesc. Bassin norm.
1057	OIGP	15 h. 25	55'	V	3.610	32 : 2	90	Après 15 h. de trav., les bruits du cœur dev. irrég. Membr. rompues et dilat. compl. On trouve procub. cordon au niveau oreille gauche. Rétropuls. L'acc. s'achève spont. en 25'. Mort appar., ranimé. Liq. amn. norm. Bassin norm.
1144	OIGA	10 h.	3 h.	V	2.830	31 : 7	69	Tête au détr. inf. Contract. rég. mais peu effie. La rot. ne se fait pas. A l'extr. post. du diam. obl. dr., anse cordon en procubit. formée par un cercul. lâche du cou. Les bruits du cœur tomb. à 90. On term. par extr. au forceps. Enfant bon état. vigoureux. Liq. amn. n. Bassin norm.
2182	OIG	11 h.	5'	V	3.550	?	80	Bruits du cœur ralentiss. souv. au cours du trav. Rupt. prém. des membr. à dilat. 2 fr. A la sort. de la tête, paquet de cordon au devant de l'épaule. L'enfant naît étonné. Liq. amn. verd. Bassin norm.
1000	OIGA	12 h.	3 h.	M	2.650	30 : 8	70	Pas diagnost. pend. le trav. La tête se dégage accomp. d'une anse de cordon volum. du côté gauche. Enfant encore qq. batt. de cœur, pâle, ne peut être ranimé.
1056	OIGT	16 h.	2 h.	M	3.250	32 : 13	50	La femme pousse mal. Bruits du cœur norm. Liq. amn. étant norm., on fait pousser la femme. Bruits du cœur dev. très faibles. La tête se dégage accomp. d'une main et d'une anse de cord. sans batt. Enfant ne peut être ranimé. Bassin art. de la 2 ^e vert. sacrée avec la 3 ^e tr. saillante.
1265	OIDP	13 h.	2 h.	V	3.310	30 : 5	86	Une anse du cordon comp. la tête au mom. de l'expuls.
1769	OIGA	13 h.	45'	V	3.120	?	85	id.
1858	OIGA	16 h.	25'	V	3.250	?	48	id.

TABLEAU D. — Multipares. (Procubitus).

N ^o d'ordre	Parité	GROSS. ET ACC. ANT.	PRÉSENT. et position	DURÉE		Poids	Membr.	Cordon	OBSERTATIONS
				totale du trav.	durée d'exp.				
1893									
743	3	1 ^{re} gross. à t., acc. sp. et nor. en 91, enf. m. choléra. 2 ^e f. couche de 2 m. en 92 ^e œuf cl.	OIGP	7 h.	25'	3.340	28 : 6	85	Apr. le dégag. de la tête, on trouve une anse du cord. immédiat. au-dessous de l'oreille droite. Bass. norm.
1893									
62	6	8 1 ^{re} gross. à 19 ans, avort. 6 sem.; 6 acc. sp. à t. 0; 4 f. 2 g. nour. sein mère. Les 3 1 ^{res} et 6 ^e viv., 4 ^e m. à 4 m., 5 ^e m. à 3 sem. Même père.	OIGA	6 h.	5'	3.830	37 : 11	66	Femme entrée à dilat. compl., liq. vert., procub. cord. Bass. norm.
904	7	1882, f. m. à 4 m. 0 } biber. 86. f. m. } 83. g. m. à 1 m. O } biber. } Même père. 88. g. m. S } 84. g. à 16 m. O, biberon. 92. g. viv. O, sein Père diff. pour gross. act.	OIGA	3 h. 30	10'	1.100	?	40	Grossesse de 6 mois 1/2. Rupt. art. à dilat. compl., odeur fétide. Procub. cordon et une main.
1897									
2119	4	1893, Sp. t. S, f. v. 94, — g. v. 95, — f. v.	OIDT	20 h.	40'	3.700	?	62	Arrive avec dilat. paume de main, membr. intact. Auscul nég. 2 h. plus tard, dilat. compl., poche des eaux vol. rupture des membr. A exam. attent. anse cordon entre tête du fœtus et paroi lat. dr. de l'excav. Pas de batt. 40' apr., expuls. spont., fœtus mort Bass., PSP = 10,4.
1899									
549	2	Sp. s. t., g. v.	OIDP	4 h. 30	20'	3.150	?	67	Une anse du cord. accomp. la tête au mom. du dégag. Bassin norm.
1338	5	1 ^{re} acc. à 14 a., N. Sp. t., g. v. 2 ^e , Sp s. t., f. v. 3 ^e , — g. v. 4 ^e , — g. v.	OIGA	1 h. 35	10'	3.050	28 : 4	46	Une anse du cord. accomp. la tête au mom. du dégag. Bass. norm.
1708	4	1 ^{re} acc., Sp. s. t., g. v. 2 ^e , — f. m., à 6 m. 3 ^e , — g. v.	OIGT	5 h.	15'	2.950	?	87	A dilat., 5 fr, bruits du cœur sourds et irrég., rupt. spont. membr., liq. vert. Au toucher, rien. Expuls. spont., fœtus mort. Une anse du cord. accomp. la tête. Bass. norm.
2439	3	1 ^{re} acc. Sp. s. t., g. v.	OIDT	19 h.	?	2.130	?	?	Bruits du cœur très faibles depuis 1 h. Expuls. spont.,

DEUXIÈME PARTIE

Du procubitus du cordon ombilical.

Nous avons déjà donné au commencement de ce travail une définition du procubitus. Nous avons dit qu'il y a procubitus « quand l'anse du cordon se trouve sur les côtés de la partie fœtale qui se présente, lorsqu'elle l'accompagne », par opposition à la procidence qui se fait au-dessous de la présentation, qui la précède.

HISTORIQUE

Le procubitus a commencé à être isolé de la procidence en 1890 par M. Pellisson (Des procidences méconnues du cordon ombilical, *Thèse de Paris*). Jusqu'à lui ces deux accidents ont été plus ou moins confondus.

M^{me} Lachapelle (*Pratique des accouchements*, Paris 1825) avait cependant parlé d'un cas où le cordon « *accompagnait la présentation* ». C'est la définition même que nous donnons du procubitus.

Depaul (*Leçons de clinique obstétricale* 1872-1876 au chapitre : Procidence du cordon ombilical) pense que

« dans certains cas où l'enfant meurt sans que rien d'appréciable puisse l'expliquer, le cordon a été comprimé au niveau de la tête ».

M. Pellisson (*loc. cit.*) a vraiment isolé la question. Il a malheureusement choisi un mot impropre pour désigner le procubitus qu'il appelle « *latérocidence* », ce qui exclut une partie des procubitus. Nous préférons le terme de « *paracidence* » qu'a proposé notre maître M. Lepage.

En 1893 enfin, la remarquable thèse de M. Gibory inspirée par M. le professeur Pinard fait cesser toute confusion, et fixe définitivement à la procidence et au procubitus leurs limites respectives.

Fréquence. — Il résulte de nos observations que contrairement à la procidence, le procubitus est beaucoup plus fréquent chez les primipares que chez les multipares, chez ces dernières la chute est plus complète et va le plus souvent jusqu'à la procidence.

A) *Primipares.* — Sur 6151 accouchements chez des primipares, nous relevons 22 procubitus soit 1 pour 279 ou 0,357 ‰, M. Gibory avait trouvé une proportion de 1,13 ‰.

Nous verrons plus loin que le procubitus n'est pas toujours facile à diagnostiquer et que si le cordon n'a pas été comprimé, si le fœtus n'a pas souffert, il peut fort bien passer inaperçu.

B) *Multipares.* — Ici nous n'avons que 8 cas de procubitus sur 8692 accouchements soit 1 pour 1086 ou 0,092 ‰. Les chiffres de M. Gibory étaient encore beaucoup plus élevés ; il avait une proportion de 1 cas sur 130 ou 0,44 ‰.

Comme pour les procidences, nous résumons nos observations en tableaux pour avoir une vue d'ensemble et n'imprimer tout au long que les plus intéressantes pour notre sujet.

Nous avons encore, de même que pour les procidences, relevé toutes les observations de procubitus du cordon seul ou accompagné de celui des membres.

En bloc nous avons 30 procubitus sur 14.843 accouchements, ce qui nous donne une proportion de 1 sur 494,7 ou 0,20 %.

ETIOLOGIE

Nous avons adopté pour cette seconde partie de notre thèse le même plan et les mêmes divisions que pour la première, nous abrègerons souvent le texte pour ne pas nous répéter.

Causes du procubitus

CHAPITRE PREMIER.

DÉFAUT D'ACCOMMODATION PRODUIT PAR VICIATION DU CANAL UTÉRO-PELVIEN.

§ 1. — *Insertion basse du placenta*

A) *Primipares*. — Chez nos 22 primipares ayant présenté des procubitus, nous trouvons 12 insertions basses du placenta, 6 fois les membranes n'ont pu être mesurées; comme proportion : 1 sur 1,8, ou 54 %.

Dans l'observation suivante, le procubitus ne nous paraît pas devoir être attribué à une autre cause que l'insertion sur le segment inférieur d'un gros placenta.

OBSERVATION I (Tableau C, 1894-733).

La femme B..., 22 ans, couturière, I pare.

Ignoré à quel âge elle a marché.

Réglée à 15 ans irrégulièrement.

A contracté la syphilis au début de sa grossesse (père de la grossesse).

Dernières règles, 13-17 août 1893.

Apparition des mouvements actifs, décembre 1893.

Hauteur de l'utérus 32 centimètres.

Bassin normal. Présentation et position O. I. G. A.

Entre à la salle de travail le 8 mai 1894, à 4 h. 20 du matin, la dilatation est complète. A 4 h. 45, on rompt artificiellement les membranes, le liquide est vert. On engage la femme à pousser, les contractions douloureuses sont rares, la tête n'avance pas. Le liquide est de plus en plus coloré, mais les bruits du cœur restent bons. — Mlle Villeneuve, enfonçant profondément la main sent le cordon en procubitus à gauche. Mlle Roze applique le forceps et extrait à 6 h. 5, un enfant vivant du poids de 2.580 grammes qui se met aussitôt à crier.

Délivrance normale. Mensuration des membranes 33 : 4, longueur du cordon 57 centimètres.

Suites de couches normales.

B) *Multipares*. — Sur 8 procubitus, nous relevons 2 insertions basses et 5 fois les mensurations des membranes manquent, nous avons comme proportion 1 sur 4 ou 25 %. — En bloc 14 insertions basses sur 30 procubitus soit 1 sur 2,1 ou 46,6 %.

§ 2. — *Viciation du bassin*

A) *Primipares*. — Sur nos 22 primipares ayant présenté des procubitus, nous trouvons 3 bassins viciés, 6

n'ont pas été mesurés. Comme proportion 1 sur 7,3 ou 13,6 ‰.

B) *Multipares*. — Sur 8 procubitus, 2 bassins viciés, 1 n'a pas été mesuré. La proportion est de 1 sur 4 ou 25 ‰, en bloc 5 bassins viciés sur 30 procubitus soit 1 sur 6 ou 16,6 ‰.

Dans l'observation suivante la cause du procubitus nous paraît être uniquement la viciation du bassin.

OBSERVATION II (Tableau C, 1898-211)

La femme I .., 20 ans, domestique, I pare.

Ignoré à quel âge elle a marché — tibias incurvés, sternum saillant.

Souvent malade dans sa première enfance, depuis se porte bien.

Réglée à 13 ans, régulièrement depuis.

Dernières règles, le 5 février 1897.

Apparition des mouvements actifs fin août 1897.

Bassin rachitique, diamètre P. S. P. : 10,7.

Présentation et position O. I. B. S.

Entre à la salle de travail, à la clinique Baudelocque, le 5 février 1898 à 4 heures du soir, les membranes sont rompues il s'écoule un liquide vert. Le col est dilaté comme 2 francs, la tête est bien fixée au détroit supérieur.

On ausculte souvent, les bruits du cœur sont bons. La dilatation est complète à 10 heures, la tête est à la vulve. La femme pousse énergiquement, les bruits du cœur deviennent irréguliers. A 10 heures 35 elle accouche spontanément d'un enfant mort du poids de 2700 grammes. A côté de la tête se trouvait une anse du cordon qui à aucun moment n'avait été sentie.

Délivrance normale, mensuration des membranes 33 : 11 longueur du cordon 56.

Suites de couches normales.

CHAPITRE II.

OBSTACLES VENANT DE L'UTÉRUS.

§ 1. — *Malformation utérine.*

Nous n'en relevons aucun cas. Néanmoins nous pensons que la malformation de l'utérus étant un obstacle à l'engagement peut dans certains cas être une cause de procubitus.

§ 2. — *Multiparité.*

Sur nos 8 cas de procubitus chez des multipares, une femme en est à sa cinquième grossesse, son bassin est normal, mais le placenta est inséré sur le segment inférieur; une autre en est à sa septième grossesse, ici les mensurations manquent pour les membranes et pour le bassin, une troisième va accoucher pour la huitième fois, l'insertion du placenta et l'ouverture du bassin sont normales, dans ces trois cas nous avons des présentations du sommet.

Il nous semble que dans le dernier, la grande multiparité peut être seule incriminée comme cause du procubitus (Voir tableau D 1895, obs. 626).

Article III. — *Obstacle à l'accommodation du contenu utérin.*

§ 1. — LIQUIDE AMNIOTIQUE.

A) *Hydramnios.* — La distension des membranes par une quantité exagérée de liquide amniotique peut être aussi bien une cause de procubitus que de procidence,

cependant nous n'en relevons pas de cas dans nos 30 observations.

B) *Gémellité*. — Nous n'avons pas non plus de grossesse gémellaire parmi nos observations de procubitus. M. Gibory (*Thèse de Paris 1893*) en citait une observation très intéressante où « la main et le cordon du second fœtus étaient insinués entre la paroi utéro-pelvienne et la tête du premier, et empêchaient la descente ».

§ 2. — *Longueur du cordon.*

A) *Primipares*. — Chez nos 22 primipares nous trouvons quatre fois un cordon mesurant de 70 centimètres à 80, trois fois de 80 à 90, une fois 90 centimètres, et une fois enfin 93 centimètres.

B) *Multipares*. — Sur 8 multipares nous avons encore deux cordons de longueur exagérée : un de 85 centimètres et un de 87.

Dans l'observation suivante, nous ne connaissons pas l'insertion du placenta, mais le bassin est normal et l'enfant se présente par le sommet, on pourrait être tenté d'attribuer le procubitus à la longueur du cordon.

OBSERVATION III (Tableau C, 1894-164).

La femme B. 25 ans, domestique, I pare.

A marché à 2 ans.

Réglée à 14 ans, régulièrement depuis.

Dernières règles du 15 au 20 avril 1893.

Apparition des mouvements actifs fin août 1893.

Hauteur de l'utérus 36 centimètres.

Présentation et position : O. I. G. A.

Arrive à la clinique Baudelocque le 29 janvier 1894 à 9 h. 45 du matin, avec une dilatation comme 2 francs.

A perdu les eaux depuis le 25 ; à 5 h. 45 du soir dilatation complète. On trouve une poche des eaux flasque contenant peu de liquide ; on la rompt, le liquide qui s'en écoule est normal comme couleur. La femme fait des efforts d'expulsion. Les bruits du cœur sont normaux.

A 8 h. 15, le liquide devient vert et les bruits du cœur se modifient, on entend à peine un battement. On prépare le forceps. En introduisant la main pour placer la première branche, M^{lle} Roze sent à gauche un paquet de cordon qu'elle remonte un peu pour pouvoir placer la cuillère. Elle extrait rapidement un enfant du poids de 3,420 grammes qui naît étonné mais ne tarde pas à crier, il a une desquamation très accusée des mains et des pieds.

La délivrance est normale, les membranes sont déchirées le cordon mesure 93 centimètres.

Suites de couches normales.

§ 3. — *Disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions du canal utéro-pelvien*

D'après les données de MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage que nous avons adoptées pour la première partie de notre ouvrage, nous admettons qu'un fœtus à terme est gros au-dessus de 3,500 grammes, et petit au-dessous de 3,000.

A) *Gros fœtus*. — a) *Primipares*. — Nous relevons deux cas sur nos 22 procubitus chez des primipares où le fœtus a dépassé 3,500 grammes, dans un cas il pèse 3,550 et dans l'autre 3810. Cela n'a rien d'exagéré.

b) *Multipares*. — Nous avons ici deux cas sur huit de fœtus au-dessus de la moyenne, mais le plus gros des

deux ne pèse encore que 3,830 grammes. Nous ne pouvons pas voir là de disproportion.

B) *Petit fœtus*. — a) *Primipares*. — Sur 22 procubitus, nous trouvons 7 fois le fœtus d'un poids oscillant entre 2,500 et 3,000 grammes, trois fois entre 2,000 et 2,500. Nous n'en avons pas au-dessous de 2,000.

b) *Multipares*. — Sur 8 procubitus, une fois le poids du fœtus est de 2,950 grammes, une autre fois de 2,130. Une fois enfin il ne pèse que 1,100 grammes.

Dans ce dernier cas, le fœtus est vraiment petit, mais nous avons affaire à une grande multipare, de plus, nous n'avons ni les mensurations des membranes, ni celles du bassin. Le terme de la grossesse est de 6 mois et demi.

Voici l'observation :

OBSERVATION IV (Tableau D, 1895-904).

La femme H., 35 ans, corsetière. VII pare.

Ignore à quel âge elle a marché.

Réglée à 15 ans, régulièrement depuis.

6 accouchements à terme, spontanés, 5 par le sommet, un par le siège.

Dernières règles, fin novembre 1894.

Apparition des mouvements actifs

Hauteur de l'utérus.

Bassin.

} ?

Présentation et position O. I. G. A.

Entre à la salle de travail le 16 juin 1895, à 4 heures du matin, dit avoir perdu de l'eau le 15, à 6 h. du matin et toute la journée. Cependant on a dû rompre les membranes à la dilatation complète. Le liquide, le fœtus et le placenta répandent une odeur fétide. Il y avait procubitus du cordon et d'une

main. La cause de l'accouchement prématuré semble tenir à des rapports conjugaux récents.

L'enfant expulsé spontanément le 16 juin à 7 h. 25 du matin, naît vivant, mais meurt le même jour à 10 heures du soir. Il pèse 1,100 grammes.

Délivrance et suites de couches normales.

C). *Présentations vicieuses.* — Sur nos trente observations de procubitus, nous n'avons qu'une présentation du siège.

OBSERVATION V (Tableau C, 1896-1074).

La femme D..., 16 ans, domestique. I pare.

Mère morte des suites d'un refroidissement.

A marché à un an.

Réglée à 12 ans 1/2, régulièrement depuis, règles peu abondantes.

A eu la rougeole à 4 ans.

Actuellement anémie et leucorrhée.

Dernières règles du 14 au 18 septembre 1895.

Apparition des mouvements actifs, 18 février 1896.

Hauteur de l'utérus 35 centimètres.

Bassin normal.

Présentation et position SIGT.

Entre à la salle de travail 22 juin 1896 à 8 h. 50 du matin, les membranes s'étaient rompues 10 minutes avant son entrée. Les douleurs commencent à 11 heures du soir.

Début de la dilatation le 23 juin à 2 heures du matin. Les bruits du cœur sont normaux jusqu'à 5 h. 1/2 du matin, à ce moment ils tombent à 92, la dilatation est comme une grande paume de main. M^{lle} Roze va alors chercher un pied et pratique l'extraction d'un enfant mort pesant 3,130 grammes. Un circulaire autour de la jambe droite formait procubitus; mensuration des membranes = 34 : 6, longueur du cordon 50 centimètres.

Délivrance et suites de couches normales.

Art. 4. *Circulaires lâches*

Le cordon s'enroulant en circulaires peu serrés autour d'une partie de la présentation assez voisine de l'excavation peut produire un procubitus. Nous venons d'en voir un exemple dans l'observation V où un circulaire lâche autour de la jambe droite formait procubitus dans une présentation du siège.

Nous trouvons dans nos 30 observations de procubitus que 4 fois il est produit par un circulaire du cou, au total 5 observations de procubitus par circulaires lâches, d'où une proportion de 1 sur 6 ou 16,6 %.

OBSERVATION VI (Tableau G, 1895 82).

La femme S..., 21 ans, domestique, I pare.

Mère morte d'une affection cardiaque.

Ignore à quel âge elle a marché.

Réglée à 15 ans, régulièrement depuis.

Dernières règles du 15 au 20 avril 1894.

Apparition des mouvements actifs ?

Hauteur de l'utérus 32 centimètres.

Bassin normal.

Présentation et position OIGP.

Au moment de son entrée le 14 janvier 1895, les membranes sont rompues, on ignore depuis quand. Il s'écoule un liquide amniotique fortement coloré en vert, mais les bruits du cœur sont normaux. On constate au niveau de l'oreille droite le cordon et les deux mains en procubitus.

On n'intervient pas, la femme accouche spontanément d'un enfant un peu étonné, mais très vite ranimé, pesant 2.360 grammes. Mensuration des membranes = 33 : 7, longueur du cordon 70 centimètres. Le cordon formait un circulaire autour du cou.

Délivrance et suites de couches normales.

Art. 5. *Procubitus simultané du cordon et d'un membre.*

A) *Primipares.* — 3 fois sur 22 nous trouvons le procubitus du cordon accompagné de celui d'une main et 1 fois des deux mains.

B) *Multipares.* — 1 fois sur 8 il y a procubitus complexe. Au total nous en comptons 5 sur 30, soit 1 sur 6 ou 16,6 %.

OBSERVATION VII (Tableau G, 1893-715).

La femme G..., 17 ans, primipare.

Réglée à 11 ans, régulièrement depuis.

Ignore à quel âge elle a marché.

A eu la fièvre typhoïde à 3 ans, la rougeole à 10 ans.

Dernières règles, fin juillet 1892.

Apparition des mouvements actifs, fin janvier 1893.

Hauteur de l'utérus, 34 centimètres.

Présentation et position, OIGA.

Entre à la salle de travail, à la clinique Baudelocque, le 17 mai 1893 à 2 h. 55 du matin. A son entrée la dilatation est comme 0 fr. 50. Elle a des contractions douloureuses depuis la veille 8 heures du soir. A 9 h. 10 du matin la dilatation restant stationnaire depuis 2 heures (moins de 2 francs), l'utérus tendu, et la tête n'appuyant pas suffisamment, on rompt les membranes. Depuis ce moment, la dilatation fait des progrès rapides. elle est complète à 9 h. 30 et à 10 heures a lieu l'expulsion du fœtus. On constate alors un procubitus du cordon et de la main droite.

Après l'expulsion du fœtus une grande quantité de méconium est aussi expulsée. La bouche de l'enfant en contient un peu.

On procède à la désobstruction de ses voies respiratoires. et on lui fait des frictions à l'alcool, il fait quelques mouvements respiratoires courts et rares. On lie le cordon et on fait l'insufflation. On le met dans un bain sinapisé, malgré tout cela il est impossible de le ranimer.

Suites de couches normales.

CHAPITRE II.

MÉCANISME DU PROCUBITUS.

Il ressort de nos observations que le mécanisme du procubitus est bien différent de celui de la procidence.

Dans aucun cas nous ne pouvons incriminer la rupture des membranes et l'issue brusque d'un flot de liquide entraînant le cordon.

Nous n'avons pas observé non plus de tentatives d'application de forceps, ni de version par manœuvres externes au cours du travail.

Le procubitus est produit dans la plupart des cas par le ralentissement du travail.

Dans 8 observations nous trouvons un ralentissement très marqué ou même un arrêt du travail, la femme pousse mal, les contractions sont peu énergiques et peu fréquentes, à un moment les bruits du cœur se modifient et on est amené à penser à un procubitus. Aussi voyons-nous dans certains cas le travail durer excessivement longtemps à moins que l'enfant ne souffre et qu'on intervienne.

Voici l'une de ces observations :

OBSERVATION VIII (Tableau C, 1893-770).

La femme G. 26 ans, I pare.

A marché à un an.

Réglée à 14 ans, régulièrement depuis.

Dernières règles, 20-25 juillet 1892.

Bassin vicié, angle accessible.

Présentation et position O I G A.

Entre à la salle de travail à la clinique Baudelocque le 28 mai 1893. Le 29, après 21 heures de travail, la dilatation étant comme une paume de main et les membranes très tendues bien que rompues au-dessus de l'orifice depuis 8 heures, on pratique la rupture artificielle. Le liquide amniotique est vert. Une heure après la dilatation est complète, la femme pousse énergiquement mais sans douleurs, la tête ne progresse pas. 3 heures plus tard les bruits du cœur faiblissent et on trouve à droite une anse du cordon entre la tête et le bassin. On termine l'accouchement par une application de forceps. L'enfant crie immédiatement après son extraction. Il pèse 3170 grammes.

Mensuration des membranes 26 : 8, longueur du cordon 49 centimètres.

Suites de couches normales.

Les 7 autres observations sont aussi convaincantes. Dans 8 cas sur 30, par conséquent la cause déterminante du procubitus est le ralentissement du travail, ce qui nous donne la proportion de 1 pour 3,7 ou 26,6 0/0. Dans les 22 autres cas il nous est impossible d'expliquer le mécanisme du procubitus.

Pronostic du procubitus

La mortalité est à peu près la même dans notre statistique pour la procidence et pour le procubitus. Nous constatons pour celui-ci, 9 cas de mort sur 30, ce qui nous donne 1 sur 3,3 ou 30 %; dans celle-là notre proportion était de 36 %.

Pouvons-nous invoquer le même mécanisme de mort du fœtus que dans la procidence ? Nous ne le croyons pas, l'enfant meurt dans l'utérus par asphyxie primitive, nous

ne relevons aucun cas d'inspirations prématurées, et sur nos 21 enfants vivants dans des cas de procubitus, 1 seul est né en état de mort apparente.

§ 1. — *Siège du procubitus*

Le siège du procubitus doit influencer forcément sur le pronostic; malheureusement, et nous en voyons la cause dans les difficultés du diagnostic, nous trouvons indiqué 1 fois seulement le siège de la compression.

§ 2. — *Influence des présentations*

Nous ne pouvons parler de l'influence des présentations puisqu'à part un siège nous n'avons que des sommets.

Procubitus simultané du cordon et des membres. — Sur les 5 cas que nous relevons, nous constatons deux fois la mort du fœtus, soit une proportion de 40 %.

Circulaires lâches. — Une fois le circulaire est autour de la jambe du fœtus dans une présentation du siège, nous constatons la mort dans ce cas.

Nos 4 autres observations sont des présentations du sommet avec circulaires autour du cou et 4 fois sur 4, l'enfant est né vivant.

Donc circulaires de la jambe, mortalité, 100 %, circulaires du cou, 0 %.

En bloc, 1 sur 5 ou 20 %.

Traitement du procubitus'

Nous ne parlerons pas de la prophylaxie puisque rien ne peut nous faire prévoir le procubitus, que nous n'avons ici

ni présentations vicieuses à corriger dans le cours de la grossesse ni issue du liquide amniotique à modérer à la rupture des membranes.

Nous n'envisagerons que le cas où le procubitus est constitué.

Nous avons encore comme pour la procidence deux moyens à notre disposition, la réduction du procubitus et la terminaison rapide de l'accouchement par extraction.

CHAPITRE PREMIER

RÉDUCTION DU PROCUBITUS

Le procédé opératoire de la réduction est le même que pour la procidence, c'est avec la main introduite en entier dans le vagin qu'il faudra rétropulser le cordon. Si la dilatation est insuffisante pour permettre l'introduction de la main, on pourra comme dans le cas de procidence introduire le ballon de M. Champetier de Ribes, on évitera ainsi la compression du cordon, et, quand la dilatation sera complète, il sera toujours temps de choisir l'intervention qui paraîtra indiquée.

CHAPITRE II

EXTRACTION RAPIDE

Si l'on ne peut réduire le procubitus ou le maintenir réduit, il faut terminer rapidement l'accouchement.

Nous avons encore ici le choix entre le forceps et la version ; comme nos maîtres, nous préférons le forceps qui « ménage mieux les intérêts de l'enfant ».

Une autre raison plaide en faveur du forceps : lorsqu'on diagnostique un procubitus, le travail traîne depuis longtemps, l'utérus est vide d'eau et rétracté, la version serait difficile dans ce cas.

En tous cas « l'extraction du fœtus s'impose dès que les symptômes de compression de la tige funiculaire se montrent. » (Professeur Pinard):

CONCLUSIONS

PREMIÈRE PARTIE

La procidence du cordon est la chute d'une anse du cordon au-dessous de la présentation.

D'après notre statistique faite à la clinique de Baude-locque et portant sur 6 ans 1/2, du 10 mai 1893 au 1^{er} janvier 1900, on la rencontre une fois sur 159 accouchements. Cette proportion comprend toutes les procidences en bloc, mais il y a une grande différence suivant qu'il s'agit de primipares ou de multipares. Chez les premières nous avons une procidence sur 293 accouchements et chez les dernières 1 sur 120.

Nous avons trouvé pour expliquer la procidence des causes d'origine différente. Elles produisent toutes un défaut d'accommodation pelvienne au cours du travail.

Elles proviennent :

1° *Du canal utéro-pelvien.* — Ce sont : A) l'insertion vicieuse du placenta que nous rencontrons 1 fois sur 5.

B) les rétrécissements du bassin, 1 fois sur 4,5.

C) les fibromes de l'utérus, 1 fois sur 93.

2° *De l'utérus.* — Ce sont A) la grande multiparité, 1 fois sur 3,4.

B) La malformation de l'utérus 1 fois sur 47,5.

3° *De l'œuf.* A) l'hydramnios qui se trouve 1 fois sur 13. B) la grossesse gémellaire, 1 fois sur 12.

C) la longueur du cordon, 1 fois sur 4,8.

4° *Du fœtus.* — A) volumineux, 1 fois sur 3. — B Petit 1 fois sur 2,5.

5° *Des présentations vicieuses.* — Nous rencontrons la présentation A) du siège, 1 fois sur 4,2, B) de l'épaule, 1 fois sur 10, C) de la face, 1 fois sur 93.

Le mécanisme par lequel se produit la procidence résulte :

1° De la rupture brusque des membranes dans un tiers des cas.

2° De tentatives infructueuses d'application de forceps, une fois sur 46,5.

3° De version par manœuvres externes au cours du travail, une fois sur 18.

Les procidences du cordon sont produites par la réunion de plusieurs de ces causes.

Les signes de la procidence sont des signes de certitude et des signes de probabilité.

Le seul signe de certitude est la constatation par le toucher et quelquefois par la vue du cordon. Les signes de probabilité qui permettent de soupçonner une procidence et mettent sur la voie du diagnostic sont les modifications des bruits du cœur et la couleur verte du liquide amniotique.

Le pronostic de la procidence n'est pas sérieux pour la mère, mais est très grave pour l'enfant.

Dans notre statistique nous avons un cas de mort de l'enfant sur 2,7.

L'enfant meurt dans l'utérus par défaut d'hématose dû

à la compression du cordon une fois sur 6 cas de mort. Une fois sur 15 il meurt par asphyxie secondaire ou par broncho-pneumonie après sa naissance, parce que sous l'influence d'une compression passagère du cordon il a fait des inspirations prématurées dans l'utérus et a introduit du liquide amniotique dans ses voies respiratoires.

La prophylaxie de la procidence consiste :

1° A faire disparaître par version externe pendant le cours de la grossesse toutes les présentations vicieuses.

2° A rompre la poche des eaux avec prudence, de façon à éviter l'issue brusque du liquide amniotique tout en maintenant avec la main libre la tête au détroit supérieur pour favoriser l'engagement.

Le traitement par excellence est la rétropulsion manuelle.

Lorsqu'elle est impossible à faire ou à maintenir, si la dilatation est complète, l'extraction rapide s'impose, nous laissons à l'accoucheur le choix entre le forceps et la version.

Si la dilatation est incomplète, on la complétera artificiellement au moyen du ballon Champetier.

DEUXIÈME PARTIE

Le procubitus du cordon est la chute d'une anse du cordon *sur les côtés* de la présentation.

D'après notre statistique, le procubitus se rencontre en bloc une fois sur 494,7 accouchements.

Il est, au contraire de la procidence, plus fréquent chez les primipares que chez les multipares.

On le trouve une fois sur 279 accouchements chez les primipares et une fois sur 1,086 chez les multipares.

Nous trouvons à peu près les mêmes causes pour le procubitus que pour la procidence.

1° *Du côté du canal utéro-pelvien.* — A) l'insertion vicieuse du placenta une fois sur 1,8, — B) le rétrécissement du bassin une fois sur six.

2° *De l'utérus.* — La grande multiparité, 1 sur 2,6.

3° *De l'œuf.* — Pas d'hydramnios ni de grossesse gémellaire, le cordon est long une fois sur 2,7.

4° *Du fœtus.* — Il est volumineux une fois sur 7,5, petit une fois sur 2,3.

5° *Des présentations.* — Nous n'en pouvons tenir aucun compte, nous n'avons qu'une présentation du siège.

6° *Des circulaires lâches.* — Nous les rencontrons 1 fois sur 7,5.

Le mécanisme qui détermine le procubitus est le ralentissement du travail 1 fois sur 3,7. Les autres cas restent inexpliqués.

Les signes du procubitus sont exactement les mêmes que ceux de la procidence, mais le diagnostic en est de beaucoup plus difficile à faire.

Dans la moitié des cas, il n'a été fait qu'au moment du dégagement de la tête.

La mortalité pour l'enfant est de 1 cas sur 3,3 procubitus.

Le pronostic doit varier avec le siège du procubitus, mais en raison des difficultés du diagnostic nous ne le trouvons pas indiqué assez souvent pour en dresser une statistique.

Dans les cas de procubitus simultané des membres, la mortalité est de 1 sur 2,5.

Dans les cas de circulaires lâches elle est de 1 sur 5.
Le traitement du procubitus comprend :

La rétropulsion manuelle, quand la dilatation est suffisante ; dans les cas où l'on ne peut arriver à réduire le cordon ou à le maintenir réduit, l'extraction rapide est indiquée.

Si la dilatation n'est pas suffisante, le ballon de M. Champetier de Ribes la complétera tout en mettant le cordon à l'abri de la compression et laissant à l'accoucheur, lorsque la dilatation sera achevée, le choix de son intervention.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PINARD.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARMANGAUD. — *Thèse*, Paris, 1858.
- ASHFORD. — *Ballooned the prolapsed ombilical cordon*, New-York, 1878.
- BAUDELOCQUE. — *Art des accouchements*, 1810.
- BOUQUILLON. — *Thèse*, Paris, 1871.
- M^{me} BOYER. — *Thèse*, Paris, 1892.
- CHASSAGNY. — *Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*, 1866 (tome v).
- COLLINS. — *A practical treatise of midwifery*, 1830.
- CORDEIRO DA SILVA. — *Thèse*, Paris, 1869.
- DELAVIGNE. — *Thèse*, Paris, 1852.
- DESOURIAU. — *Thèse*, Paris, 1866.
- DUDAN. — *Revue Médicale*, 1826.
- FERRANDI. — *Thèse*, Paris, 1872.
- GIBORY. — *Thèse*, Paris, 1893.
- HUBERT. — *Nouveaux refouloirs du cordon ombilical*, Louvain. 1876.
- JACQUEMIER. — *Manuel d'accouchements*, 1846.
- M^{me} LACHAPELLE. — *Pratique des accouchements*, 1825.
- MATTHEWS DUNCAN. — *Transactions of obstetrical society London*, 1879.
- MAURICEAU. — *Maladies des femmes grosses*, 1721 (tome II).
- MICHAELIS. — *Clinique de Kiel*, 1833.
- NÉGELE. — *De prolapsu funiculi ombilicalis*, Heidelberg, 1839.
- RABAINÉ. — *Thèse*, Paris, 1870.
- ROUVINET. — *Thèse*, Berne, 1837.
- SCHURÉ. — *Thèse*, Strasbourg, 1835.
- VARNIER. — *Recue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, Paris, 1890.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS.....	5
NOTIONS PRÉLIMINAIRES ET DIVISION DU SJET.....	7
<i>Tableaux A et B</i>	8 à 20
PREMIÈRE PARTIE. — DE LA PROCIDENCE DU COR- DON OMBILICAL.....	21
Fréquence.....	21
Influence de la parité.....	22
Etiologie.....	22
CHAPITRE I. — CAUSES DE LA PROCIDENCE.....	23
Article I. — Défaut d'accommodation produit par vi- ciation du canal utéro-pelvien.....	23
§ 1. — Insertion basse du placenta.....	23
§ 2. — Viciation du canal utéro pelvien par une tu- meur.....	25
§ 3. — Viciation du bassin.....	27
Article II. — Obstacles venant de l'utérus.....	29
Article III. — Obstacles venant du contenu utérin....	32
§ 1. — Liquide amniotique.....	32
A. Hydramnios.....	32
B. Gémellité.....	34
§ 2. — Longueur du cordon.....	36
§ 3. — Disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions du canal utéro-pelvien.....	38

A. Volume exagéré du fœtus.....	38
B. Petitesse du fœtus.....	40
C. Présentations vicieuses.....	42
§ 1. — Présentation du siège.....	42
§ 2. — Présentation de l'épaule.....	46
§ 3. — Présentation de la face.....	48
Article IV. — Procidences complexes.....	50
Article V. — Procidences chez des femmes en ayant déjà eu antérieurement.....	51
CHAPITRE II. — MÉCANISME DE LA PROCIDENCE.....	52
§ 1. — Rupture des membranes.....	53
§ 2. — Forceps.....	55
§ 3. — Version par manœuvres externes au cours du travail.....	56
§ 4. — Ballon Champetier.....	58
Pronostic de la procidence.....	59
Mécanisme de la mort du fœtus.....	59
Prophylaxie et traitement de la procidence.....	61
CHAPITRE I. PROPHYLAXIE.....	61
§ 1. Présentations vicieuses.....	61
§ 2. Rupture artificielle des membranes.....	61
CHAPITRE II. TRAITEMENT.....	62
Article I. La dilatation est complète.....	62
Article II. La dilatation est incomplète.....	63
Article III. Rétropulsion du cordon.....	63
Tableaux C et D.....	64
DEUXIÈME PARTIE. DU PROCUBITUS DU CORDON OM- BILICAL.....	67
Historique.....	67
Fréquence.....	68
Etiologie.....	69
CHAPITRE I ^{er} . — CAUSES.....	69
Article I ^{er} . — Défaut d'accommodation produit par viciation du canal utéro-pelvien.....	69
§ 1. — Insertion basse du placenta.....	69

§ 2. — Viciation du bassin.....	70
Article II. — Obstacles venant de l'utérus.....	72
Article III. — Obstacle à l'accommodation venant du contenu utérin.....	72
§ 1. — Liquide amniotique.....	72
A. Hydramnios.....	72
B. Gémellarité.....	73
§ 2. — Longueur du cordon.....	73
§ 3. — Disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions du canal utéro-pelvien.....	74
A. Gros fœtus.....	74
B. Petit fœtus.....	75
C. Présentations vicieuses.....	76
Article IV. — Circulaires lâches.....	77
Article V. Procubitus simultané d'un membre.....	78
CHAPITRE II. MÉCANISME du procubitus.....	79
Signes et diagnostic du procubitus.....	80
Article I. Signes de certitude.....	80
Article II. Signes de probabilité.....	80
Pronostic du procubitus.....	80
§ 1. Siège du procubitus.....	81
§ 2. Influence des présentations.....	81
§ 3. Procubitus simultané des membres.....	81
§ 4. Circulaires lâches.....	81
TRAITEMENT DU PROCUBITUS.....	81
CHAPITRE I. — RÉDUCTION DU PROCUBITUS.....	82
CHAPITRE II. — EXTRACTION RAPIDE.....	82
CONCLUSIONS.....	84
PREMIÈRE PARTIE.....	85
DEUXIÈME PARTIE.....	86



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
